UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 45

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'HOPITAL SADIKI

ET LA

PATHOLOGIE CHIRURGICALE INDIGÈNE EN TUNISIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Juin 1914

PAR

Jean COUDRAY

Né à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir), le 20 janvier 1886

Licencié ès sciences naturelles
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Lauréat de l'Assistance Publique
Ancien Interne en Chirurgie des Hôpitaux de Tunis
Assistant de Chirurgie à l'Hôpital Sadiki

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

GRANEL, Professeur, *Président*.
DE ROUVILLE, Prof.-adj.
RICHE, Agrégé.
CABANNES, Agrégé.

Assesseurs

TUNIS
IMPRIMERIE TYPO-LITHOGRAPHIE FR. WEBER
1914

CONSIDÉRATIONS
SUR L'HOPITAL SADIKI
ET LA
PATHOLOGIE CHIRURGICALE INDIGÈNE EN TUNISIE

DU MÊME AUTEUR

Luxation totale de l'astragale simulant une fracture sus-malléolaire du péroné. Astragalectomie. Guérison (*Tunisie médicale*, janvier 1913, et *Revue française de médecine et de chirurgie*, 1913, n° 6).

Volumineux kyste dermoïde de l'ovaire droit, à pédicule tordu et à adhérences multiples. Ablation. Guérison (*Tunisie médicale*, avril 1913).

Ostéome du masséter droit, d'origine traumatique. Désinsertion du masséter. Guérison (*Tunisie médicale*, mai 1913).

Blessure directe, par coup de couteau, d'une branche de l'artère sylvienne (*Bull. de la Société anatomique*, juin 1913).

A propos de deux cas de kystes hydatiques de l'orbite (*Tunisie médicale*, août 1913).

A propos de l'emploi de l'éther en chirurgie abdominale (avec cinq observations) (*Tunisie médicale*, novembre 1913).

L'Hôpital Sadiki (avec 10 illustrations) (*Tunisie illustrée*, 1913, n° 77).

Note sur un cas de pneumothorax traumatique double. Suture des deux perforations. Epanchement purulent secondaire unilatéral. Thoracotomie. Guérison (*Province médicale*, 1913, n° 49).

Contribution à l'étude de la lithiase vésicale primitive de l'enfant et de l'adulte jusqu'à 40 ans, chez les Musulmans de l'Afrique du Nord (avec 90 observations inédites) (*Journal d'urologie*, 15 fév. 1914).

Diagnostic et traitement chirurgical de l'ankylose temporo-maxillaire (avec une observation) (*Tunisie médicale*, mars 1914).

Le Personnel Médical

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 45

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'HOPITAL SADIKI

ET LA

PATHOLOGIE CHIRURGICALE INDIGÈNE EN TUNISIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Juin 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Jean COUDRAY

Né à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir), le 20 janvier 1886

Licencié ès sciences naturelles
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Lauréat de l'Assistance Publique
Ancien Interne en Chirurgie des Hôpitaux de Tunis
Assistant de Chirurgie à l'Hôpital Sadiki

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

GRANEL, Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Prof.-adj.
RICHE, Agrégé.
CABANNES, Agrégé.

Assesseurs

TUNIS
IMPRIMERIE TYPO-LITHOGRAPHIE FR. WEBER
1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	Doyen.
SARDA	Assesseur.
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✻).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✻).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N.....

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻), GRASSET (O. ✻).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. lib. ch. d. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS (ch. d. f.)
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse :

MM. GRANEL, Président.	MM. RICHE, Agrégé.
De ROUVILLE, Profes.-adj.	CABANNES, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

Dr Brunswic-Le Bihan

A MON PÈRE, LE Dr L. COUDRAY

Il nous a élevé dans le sentiment de la dignité et du devoir professionnels ; qu'il reçoive aujourd'hui ce témoignage de gratitude et de reconnaissance.

A MA MÈRE

En gage de notre respectueuse affection.

MEIS ET AMICIS

« Plaçons nos Maîtres au-dessus de notre propre Père, bien que nous devions à celui-ci la supériorité et la noblesse ; les premiers ont formé notre âme et l'âme est une perle précieuse ; l'autre a élevé notre corps et le corps n'est qu'une écaille. »

(Maxime arabe.)

A M. LE DOCTEUR BRUNSWIC-LE BIHAN

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL SADIKI
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Que notre Maître veuille bien trouver en ce travail qu'il a inspiré et dirigé l'hommage de notre profonde reconnaissance et l'expression de notre respectueux dévouement. Nous avons été son Interne pendant plus d'un an dans cet Hôpital qui est son œuvre, et il a bien voulu nous choisir comme assistant. Nous espérons qu'il nous y gardera plusieurs années encore.

Nous avons beaucoup appris auprès de lui, tant au lit des malades qu'à la table d'opérations. Nous lui conserverons toujours une infinie gratitude pour la grande initiative que sa confiance nous a laissée dans le traitement des malades de notre Service et dans les nombreuses interventions chirurgicales qu'il nous a été donné de pratiquer.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR LE MONIET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES
CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

(Externat 1908)

Qui nous a appris les premiers éléments de la Clinique chirurgicale et a bien voulu nous témoigner une extrême bienveillance. Qu'il soit assuré de notre fidèle souvenir.

M. LE PROFESSEUR POZZI

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
GRAND-OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BROCA

(Externat 1909)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PROUST

CHIRURGIEN DES HOPITAUX
ASSISTANT A LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE L'HOPITAL BROCA

Pendant notre année d'Externat à l'Hôpital Broca, nous avons suivi les leçons cliniques de M. le Professeur Pozzi, et nous avons gardé un souvenir ineffaçable de ce Maître illustre et vénéré. M. le Professeur agrégé Proust nous a initié à l'examen gynécologique et nous a dans maintes circonstance aidé de ses conseils. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL BOUCICAUT

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Externat 1910)

Qui a bien voulu nous traiter en ami autant qu'en élève. Ses leçons cliniques journalières si claires et tout empreintes d'une personnalité si avertie, ses démonstrations obstétricales nous ont appris l'art souvent difficile des accouchements. Nous sommes heureux de lui dédier l'hommage de notre respectueuse affection.

MONSIEUR LE DOCTEUR FLORAND

MÉDECIN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Externat 1911)

Dont l'enseignement essentiellement clinique et thérapeutique et la grande expérience nous seront bien souvent utiles au cours de notre pratique. Nous avons gardé un profond souvenir de sa bonté inépuisable et de sa paternelle autorité.

MONSIEUR LE DOCTEUR ŒTTINGER

MÉDECIN DE L'HOPITAL COCHIN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Externat 1912)

Nous devons à ce Maître ce que nous savons de la pathologie gastro-intestinale dans laquelle il a acquis une si grande autorité. Ces notions qui sont à la base de la chirurgie de l'appareil digestif nous seront du plus puissant secours pour notre pratique chirurgicale. Nous sommes particulièrement honoré d'avoir été son élève et nous le prions de croire à notre sincère gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR BARIÉ

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE DOCTEUR GANDY

MÉDECIN DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE DOCTEUR JAYLE

CHEF DE LA CONSULTATION DE GYNÉCOLOGIE DE L'HOPITAL BROCA
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARGÉGÉ BRAQUEHAYE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
(Internat 1912)

Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a montrée pendant notre trop court séjour dans notre service.

MONSIEUR LE DOCTEUR TRIBAUDEAU

CHIRURGIEN-ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS
(In memoriam)

Que tous ceux qui m'ont fourni pour cette thèse de précieux documents, et en particulier les auxiliaires médicaux, le personnel administratif de l'hôpital et son chef, M. l'Econome, veuillent bien trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

1. – L'ANCIEN HOPITAL SADIKI

Hôpital Sadiki. — Ancienne entrée

Le Vestibule

I. - L'Ancien Hôpital Sadiki

Le premier hôpital musulman de Tunis fut fondé vers le milieu du XI[e] siècle de l'Hégire, par conséquent vers la fin du XVIII[e] siècle de notre ère, par Hamouda-Pacha, dans un fondouk situé vers le milieu de la Qasba. Quelle pouvait être son installation ? Où et comment se recrutait son personnel médical ? Peu de documents sont venus jusqu'à nous, capables de nous renseigner sur ces points.

Les services hospitaliers furent transférés dans une ancienne caserne de janissaires beylicaux, située dans le haut quartier de la Qasba.

L'inspirateur de la création du nouvel hôpital (مستشفى mostechfa) fut le ministre Khéreddin, mais l'établissement ne fut inauguré qu'après la chute de celui-ci, le 1[er] janvier 1880, par Si Mohammed Es Sadok Bey, en l'honneur duquel il fut appelé hôpital Sadiki.

Ce terme d'hôpital est peut-être trop flatteur pour qualifier ce qu'était, à cette époque, l'espèce de caravansérail, de « fondouk » où l'on recevait pêle-mêle aliénés, gâteux, voire quelques malades atteints d'affections aiguës. Guy de Maupassant, qui visita l'hôpital à ce moment, en a laissé une description saisissante :

« Dès que fut ouverte la grande porte donnant sur une vaste cour arabe, dominée par une galerie à colonnes qu'abrite une terrasse, ma surprise et mon émotion furent telles que je ne songeais plus guère à ce qui m'avait fait entrer là.

Autour de moi, sur les quatre côtés de la cour, d'étroites cellules grillées comme des cachots, enfermaient des hommes qui se levèrent en nous voyant et vinrent coller entre les barreaux de fer des faces creuses et livides. Puis un d'eux, passant sa main et l'agitant hors de cette cage, cria quelque injure. Alors les autres, sautillant soudain comme des bêtes de ménagerie, se mirent à vociférer, tandis que, sur la galerie du premier étage, un Arabe à grande barbe, coiffé d'un épais turban, le cou cerclé de colliers de cuivre, laissait pendre avec nonchalance sur la balustrade un bras couvert de bracelets et des doigts chargés de bagues. Il souriait en écoutant ce bruit. C'est un fou, libre et tranquille, qui se croit le roi des rois et qui règne paisiblement sur les fous furieux enfermés en bas. » *(La vie errante).*

La destination et l'organisation de l'hôpital ne se modifièrent guère jusqu'en 1902. Pourtant, les aliénés avaient été transférés dans une autre cour et la disposition générale des cabanons, transformés en chambres d'isolement pour les malades des services de médecine s'y retrouve encore aujourd'hui. La grande cour, mal entretenue, était entourée de salles, de caves plutôt, obscures, mal aérées, au sol de terre battue couvert d'immondices. « Le premier étage, maigrement dallé de carreaux bralants, se composait de pièces peu éclairées où blessés et fiévreux se confondaient, entassés. Ni eau, ni gaz, pas d'autoclaves et pas d'étuves ; comme matériel, quelques instruments à manches de bois avec — concession à l'asepsie — une marmite pour les faire bouillir. Dans les chambrées de malades, une odeur qu'expliquait trop facilement la présence de vieux bidons à pétrole placés là en manière ds chaises percées. Le personnel comprenait, tout d'abord, une série de personnages enturbannés, ignorant complètement le français, ignorant aussi, hélas ! l'existence de bulletins d'entrée et de sortie, des registres de pharmacie, des feuilles de température et de bien d'autres choses encore ; puis, les complétant dignement, quelques « infirmiers », manœuvres grossiers chargés des travaux de propreté ; enfin, brochant sur le tout, un seul vieil Algérien parlant français et exerçant cumulativement les fonctions d'interprète, d'assistant et de chloroformisateur. » (Dr Brunswic-le Bihan).

Comment ce taudis est-il devenu l'hôpital modèle que nous décrirons tout à l'heure ; par quel miracle y a-t-on pu attirer des malades, non seulement de tous les points de la Régence, mais de la Tripolitaine et de l'Algérie ; au prix de quelle longue patience enfin est-on arrivé à décider les femmes musulmanes à y rester en traitement, à y recevoir tous les soins, à y subir toutes les opérations de la gynécologie courante ? Tout cela est l'œuvre d'un chirurgien français, et l'on peut dire que la réorganisation — la création serait plus juste — de l'hôpital Sadiki par M. le Dr Brunswic-Le Bihan a eu une extrême importance dans la pénétration de l'influence française en Tunisie.

Il a fallu, pour mener à bien cette œuvre difficile une rare énergie, une patience tenace, un tact subtil, avec une connaissance profonde de l'âme musulmane. Il fallait enfin donner à cette tâche, sans compter, son temps et sa peine, sans même l'espoir d'un succès rapide ; car ce n'est qu'après de longues années d'efforts que l'hôpital put être amené au point où il est aujourd'hui et se placer au premier rang de tous les hôpitaux de Tunisie, au point de vue chirurgical du moins.

Et la création, par M. le Dr Brunswic-Le Bihan, en 1900, de l'hôpital arabe de Nabeul, hôpital qui fut le type des infirmeries indigènes installées depuis en Algérie, l'avait préparé et désigné pour entreprendre la réorganisation de l'hôpital Sadiki.

II. - La Réorganisation de l'Hôpital Sadiki

II. - La Réorganisation de l'Hôpital Sadiki

C'est en février 1902 que, sous l'ardente impulsion de son nouveau médecin-chef, l'Hôpital Sadiki commença sa transformation. Et l'admirable, c'est que le gros des bâtiments fut conservé en son état extérieur, avec tout son caractère pittoresque, avec son style, d'un charme qui enchante tous les visiteurs. On sut, en un mot, faire vivre un organisme chirurgical moderne dans un cadre ancien.

Seulement, on perça des fenêtres, on posa dans toutes les salles, dans toutes les cours, des dalles de marbre, on blanchit à la chaux murs et voûtes; enfin, de la caserne à demi ruinée, on fit un palais d'une éblouissante propreté et de l'hygiène la plus stricte.

Les bureaux de l'administration furent, eux aussi, complètement transformés : un *oukil* arabe et quelques commis d'administration parlant le français furent mis au courant de la paperasserie administrative obligatoire.

La direction administrative de l'hôpital était alors entièrement dévolue à l'Administration des Habous. Les « Habous » sont des biens immobiliers, propriétés foncières, maisons, ou des sommes d'argent, léguées à une administration religieuse spéciale, par les musulmans riches, à leur décès. Les revenus de l'hôpital se composaient du prix de loyers, des enzels et de la vente des olives d'un bien habous constitué par la princesse Aziza Othman. Ils variaient suivant que la récolte était bonne ou mauvaise, atteignant parfois

le chiffre de 100.000 francs, mais ne dépassant guère 35.000 francs en moyenne.

Suivant les besoins, l'Administration des Habous complétait l'insuffisance notoire de ces revenus, et pendant longtemps, jusqu'en 1910 exactement, l'hôpital n'eut pas de budget fixe et dut la somme nécessaire à son fonctionnement aux subventions des Habous.

Depuis 1910, l'hôpital Sadiki a acquis la personnalité civile. Les Habous, reprenant les enzels de l'hôpital dans la collectivité des autres revenus, lui verse directement une subvention annuelle fixe. De plus, l'hôpital réalise un petit bénéfice sur le prix de journée des malades payants, sur la vente d'aliments et de médicaments remboursables au Lazaret de la Rabta dont le budget indépendant est alimenté par le Gouvernement Tunisien, sur la fourniture aux infirmeries et hôpitaux de l'intérieur de matériel, d'objets de pansements, de médicaments, à un prix très bas (le prix de revient à l'hôpital augmenté de 10 %), enfin sur le prix de vente des objets réformés et les dons, legs, etc., qui peuvent être faits à l'Établissement.

Depuis 1910 également, M. le Dr Brunswic-Le Bihan est chargé de la direction de l'hôpital, avec l'aide d'un économe français. Ainsi se trouve réalisée à Sadiki cette condition idéale de l'unité de direction, médicale et administrative, dont l'absence se fait trop souvent sentir par des querelles stériles et des tiraillements budgétaires dont les malades supportent les fâcheuses conséquences, dans les hôpitaux français.

La direction de l'hôpital est soumise à l'approbation d'une commission administrative composée :

1° De l'un des Secrétaires généraux adjoints du Gouvernement Tunisien, président.
2° D'un fonctionnaire de la Direction des Finances.
3° Du Président de la Municipalité de Tunis.
4° Du Président de la Djemaïa des Habous.
5° D'un notable tunisien.

Le médecin-chef chargé de la direction assiste aux séances de la commission, mais avec voix consultative.

L'entrée actuelle de l'Hôpital

Le Patio Cliché de la Presse Medicale

La commission administrative se réunit, en principe, une fois par mois Les délibérations ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par le Secrétaire général du Gouvernement.

Il fallut enfin former un personnel infirmier qui fut à la hauteur de la tâche qui lui était imposée. Cette tâche était difficile et diverse. Le personnel infirmier devait d'abord être exclusivement indigène, condition capitale; « l'arabe ne vient pas volontiers dans un établissement *roumi*, il vient au contraire, il vient volontiers demander nos soins si nous les lui offrons dans un cadre où il sait retrouver son langage, sa nourriture, ses coutumes et, le cas échéant, les cérémonies rituelles de son culte. » On a pu parler de la création à Tunis d'un Hôpital Général, où auraient été reçus les malades de toute nationalité, de toute religion... Les auteurs de ce projet, d'ailleurs avorté longtemps avant terme, ont prouvé leur bien pauvre connaissance de la mentalité musulmane. Evidemment de pareils établissements fonctionnent en Algérie, pas toujours sans difficultés d'ailleurs; mais la conquête de l'Algérie est beaucoup plus ancienne que l'occupation de la Tunisie et l'Algérien s'est plié aux mœurs françaises plus facilement que ne le fera l'indigène tunisien. De longues années se passeront encore, avant qu'on puisse envisager sérieusement la création à Tunis d'un Hôpital Général.

Donc, le personnel infirmier de l'Hôpital Sadiki fut, dès le principe, exclusivement arabe. Et ce qu'il fallait obtenir, c'étaient des aides, devant servir d'interprètes et pouvant être appelés à aller donner les premiers soins aux malades et faire venir ensuite le médecin, ou lui envoyer les malades déjà secourus. De cette idée est née l'institution des auxiliaires médicaux (Arr. minist. du 12 octobre 1903).

L'idée n'était pas nouvelle, du reste, et M. le Dr Brunswic-Le Bihan ne fit qu'imiter, en l'adaptant à la population arabe, ce que les Hollandais ont créé à Batavia, les Anglais en Birmanie et dans l'Inde, ce que la France a fait dès 1863, à Pondichéry, ce que le général Galliéni a organisé à Madagascar, ce qui plus récemment, en 1902, fut inauguré à Hanoï et à Saïgon, ce que font enfin toutes

les Puissances étrangères qui cherchent à étendre leur influence en Chine.

Pourtant, dès que l'idée de la création des auxiliaires médicaux fut connue du monde médical tunisien, ce fut un effarement, un cri quasi général d'indignation, une véritable levée de bistouris. Allait-on créer des médecins indigènes, de nouveaux concurrents, des rebouteux officiels ? Et l'on trouva plaisant de décorer les futurs auxiliaires du titre de « sous-officiers de santé ».

Pourquoi cette fureur ? A voir les choses sans parti pris, on n'en trouve guère d'explication rationnelle. Les médecins de diplôme français auraient pourtant dû comprendre qu'en mettant à leur disposition les auxiliaires médicaux, on leur fournissait les moyens de lutter efficacement contre l'envahissement de la situation médicale en Tunisie par de ces médecins étrangers « qui ne possèdent qu'un vague certificat qui ne leur donne le droit d'exercer que hors de leur pays (ce sont des diplômes d'exportation) ; il y en a qui possèderaient des diplômes régionaux ». (Rapport de M. Gennatas. Conférence Consultative 16 novembre 1908). Ces médecins « se disputent la clientèle de façon peu scrupuleuse ; c'est ainsi qu'on peut voir des courtiers chargés de rechercher les malades » ; d'autres donnent des consultations dans les arrière-boutiques des pharmaciens ; d'autres enfin, expulsés de leur pays à la suite de faits scandaleux, ont pu mériter le qualificatif d' « aventuriers » qui leur fut jeté en pleine séance de la Conférence Consultative (M. de Carnières, novembre 1908).

Bien loin d'être un danger public, les auxiliaires médicaux tunisiens nous sont de précieux aides. Mais, du reste, ils ne peuvent songer à nous concurrencer sérieusement. Ils ne sont point diplômés comme leurs collègues algériens. Ces derniers font des études à la Faculté de Médecine, se considèrent ou se sont considérés au début comme des « étudiants en médecine » ; ils sont envoyés dans le *bled* en tant que praticiens isolés, équivoque qui a pu justifier les nombreuses réclamations du corps médical algérien. Rien de pareil en Tunisie ; pas d'auxiliaires diplômés, rien que des emplois, des fonctions, pouvant être supprimés en cas d'abus.

Quoiqu'il en soit, en octobre 1903, parut un décret donnant aux

auxiliaires médicaux une existence légale et accordant enfin la sanction officielle à l'école, qui fonctionnait déjà de fait depuis plus de 15 mois.

Nous n'en citerons que les articles les plus significatifs :

« Art. 4. — Les élèves de l'Hôpital Sadiki sont recrutés parmi les sujets tunisiens présentant les garanties nécessaires de moralité et possédant des notions d'enseignement primaire. Ils y sont logés et nourris dans la mesure des locaux vacants. Pendant leur séjour à l'Hôpital, ils concourent avec le personnel médical aux soins à donner aux malades.

.....

Art. 8. — Les études dureront trois années, pendant lesquelles les élèves recevront une indemnité mensuelle de 10 à 20 francs, suivant l'importance des services qu'ils pourront rendre.

Art. 9. — Les élèves qui justifieront de connaissances théoriques et pratiques sur l'ensemble du programme et qui offriront les garanties morales nécessaires seront nommés auxiliaires médicaux sur la proposition du Comité, par arrêté du Premier Ministre, et affectés à un des établissements d'assistance publique dépendant du Gouvernement. Ils pourront également être adjoints aux médecins titulaires d'un service public qui en feront la demande. Si les circonstances le permettent, ils pourront, en attendant leur affectation définitive, être employés à l'Hôpital Sadiki à titre d'internes auxiliaires.

Art. 10. — *Toute tentative d'exercice de la médecine soit par un élève stagiaire, soit par un auxiliaire médical* dans des conditions autres que celles énoncées à l'article 9 *sera considéré comme illégale et poursuivie comme telle.* »

L'école des auxiliaires fonctionne donc avec un programme théorique analogue à celui de l'école des infirmières de l'Assistance publique de Paris. Mais l'enseignement est surtout pratique et se fait dans les salles de malades, les salles d'opération, à la pharmacie, au laboratoire, à la consultation, à l'amphithéâtre.

En somme, il y a loin de l'enseignement élémentaire de Sadiki à celui des Ecoles de Médecine indigènes de Pondichéry, Madagascar, Saïgon ou Beyrouth. « Le but que nous visons à Tunis est plus modeste ; la Tunisie, si voisine de la Métropole, peut et doit rester un champ ouvert à l'exercice de la médecine française, qui en a d'ailleurs jalonné les principaux points ; ces jeunes gens, leur nom l'indique, ne sont que les auxiliaires de nos médecins, et leur tâche sera encore des plus utiles et des plus nobles (Dr Brunswic-Le Bihan).

Depuis dix ans que fonctionne régulièrement l'institution des auxiliaires médicaux et qu'on en a pu adjoindre à presque tous les médecins de colonisation, l'unanimité s'est faite à peu près sur leur incontestable utilité et nul ne songe plus à en dénoncer le redoutable péril.

Ce n'est pas, d'ailleurs, que l'indigène tunisien soit incapable de faire des études médicales régulières. Deux praticiens arabes sont déjà installés à Tunis, et plusieurs jennes musulmans tunisiens sont actuellement inscrits dans les diverses Facultés de Médecine françaises.

Il nous reste à mentionner la précieuse collaboration que trouva M. le Dr Brunswic-Le Bihan parmi les amis et les élèves qui l'entourèrent à Sadiki dès la première heure, notamment M. le Dr Comte et MM. Cardaliaguet et Marquer, les deux premiers internes qui furent nommés en 1902.

Enfin nous devons rendre hommage à la bienveillance dont firent preuve, à l'égard de l'Hôpital, les autorités, en particulier M. Alapetite, Résident de France, et M. Blanc, secrétaire général du Gouvernement tunisien.

Un troisième poste d'interne a été créé en 1905.

« Les internes doivent être de nationalité française ou tunisienne, avoir satisfait, s'il y a lieu, à la loi sur le recrutement et justifier de seize inscriptions de doctorat.

Ils sont nommés sur la proposition du médecin-chef, la Commission administrative entendue ». (Décret du 1er février 1910) (20 moharrem 1328).

Les trois internes sont attachés aux Services de Chirurgie, une

grande initiative leur est laissée ; quant au traitement des malades, aux opérations journalières et aux interventions d'urgence, souvent importantes, du service de garde. (1) Ils trouvent au laboratoire, à la bibliothèque, à l'amphithéâtre, tous les instruments de travail qui peuvent leur être nécessaires.

---

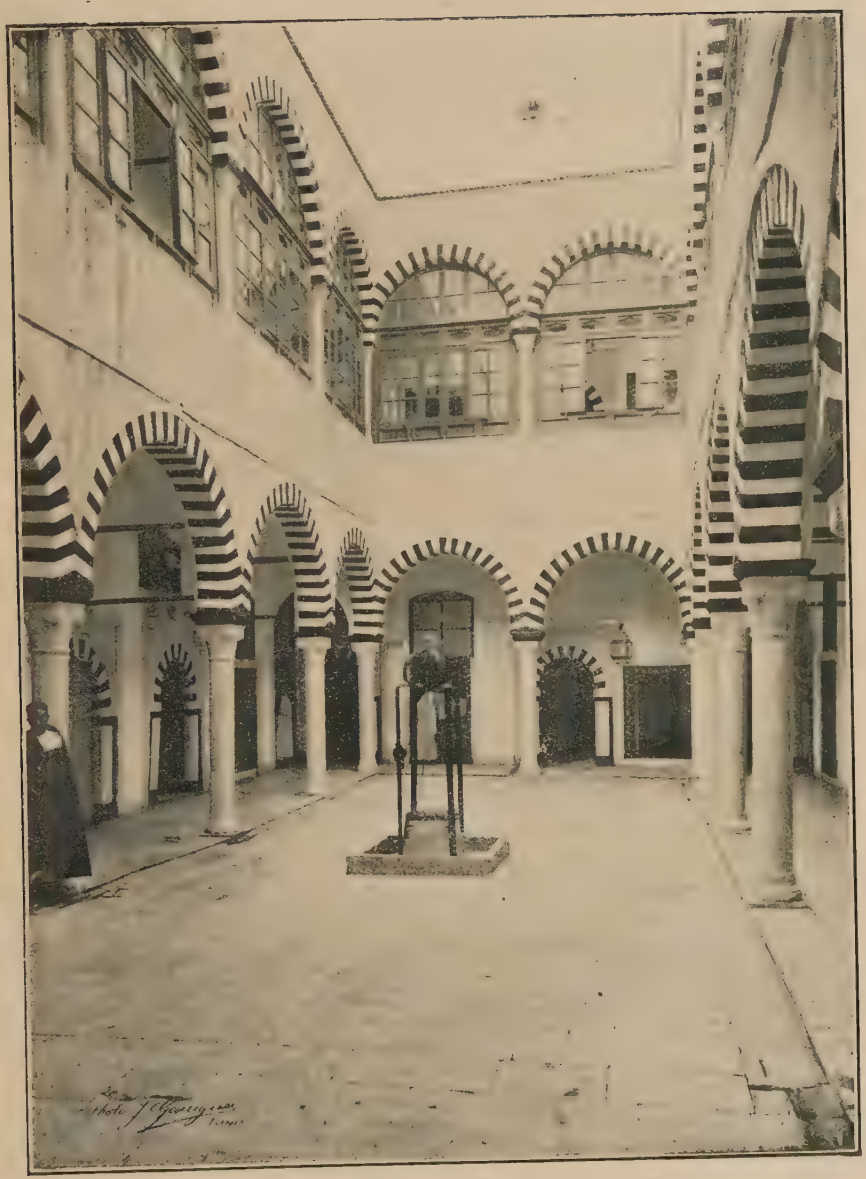
(1) *C'est ainsi qu'en un an nous avons pu pratiquer, personnellement, près de trois cents opérations de chirurgie courante, dont nous ne mentionnerons ici que les principales :*

1 *Laparatonie pour péritonite diffuse d'origine puerpérale.*
1 — *p. éventration traumatique.*
1 — *p. occlusion intestinale.*
2 — *p. contusion grave de l'abdomen.*
1 — *p. plaie pénétrante de l'abdomen.*
1 — *p. péritonite tuberculeuse.*
1 *Kyste hydatique suppuré du foie.*
43 *Cures radicales de hernies inguinales.*
6 *Kélotomies pour hernies inguinales étranglées.*
1 — — — *avec résection intestinale.*
1 — — *crurale étranglée.*
2 *Cures radicales de hernies épigastriques.*
1 *Intervention pour pneumothorax traumatique double.*
2 — — — — *unilatéral.*
6 *Thoracotomies pour pleurésie purulente,*
10 *Abcès du sein.*
1 *Extraction de corps étranger de l'hypochondre.*
1 *Autoplastie du thorax et de l'aisselle pour cicatrice vicieuse (brûlure).*
1 *Phlegmon sus-hyoïdien.*
2 *Trépanations pour fractures du crâne.*
1 *Evidement pétro-mastoïdien.*
3 *Ostéomyélites du maxillaire inférieur.*
1 *Ostéïte tuberculeuse du maxillaire supérieur.*
1 *Kyste dentifère du maxillaire inférieur.*
2 *Cheiloplasties.*
1 *Rhinoplastie.*
1 *Autoplastie de la face et des deux oreilles pour fibromes cutanés multiples.*
1 *Ablation d'adénite cervicale tuberculeuse.*
1 *Résection partielle du sternum pour ostéïte tuberculeuse.*
1 *Taille hypogastrique pour calcul vésical.*
21 *Urétrotomies internes.*
3 *Infiltrations d'urine.*

2 *Périnectomies.*
1 *Phimosis.*
6 *Hydrocèles.*
2 *Castrations unilatérales pour tuberculose.*
11 *Hémorroïdes.*
15 *Fistules anales.*
1 *Colpopérinéorraphie.*
1 *Bartholinite.*
4 *Curettages utérins.*
1 *Bariotribsie.*
2 *Applications de forceps.*
7 *Accouchememts normaux.*
1 — *avec procédence du cordon.*
1 *Version podalique.*
3 *Délivrances artificielles.*
1 *Accouchement gémellaire.*
1 *Ablation d'adénite axillaire tuberculeuse.*
3 *Grattages pour adémites tuberculeuses ouvertes.*
1 *Opération conservatrice pour arthrite tuberculeuse du poignet.*
1 *Ligature de la radiale dans la tabatière anatomique p. section accidentelle.*
3 *Extractions de corps étrangers de la main.*
3 *Phlegmons des gaînes.*
1 *Amputation du médius avec son métacarpien.*
1 — *de doigt.*
1 *Ablation d'adénite tuberculeuse inguino-crurale.*
1 *Amputation de cuisse pour ortéosarcome.*
2 *Ostéomyélites du fémur.*
5 — *du tibia.*
1 *Ostéïte tuberculeuse du tibia.*
1 *Ostéomyélite du péroné.*
1 *Ostéïte tuberculeuse du péroné.*
2 *Amputatious de jambe pour tuberculose du pied.*
1 — — — *gangrène du pied.*
2 *Interventions pour fracture compliquée de jambe.*
1 *Astragalectomie.*
2 *Arthrotomies du genou.*
1 *Opération pour ongle incarné.*
5 *Ablations de lipomes sous-cutanés.*
25 *Trichiasis.*
2 *Chalazions.*
2 *Plérygions.*
3 *Enucléations de l'œil.*

1 Evidement de l'orbite.
3 Dacryocystites.
4 Canthoplasties.
1 Kyste dermoïde de l'angle interne de l'œil.
1 Lipome de la paupière inférieure.

Les internes de Sadiki sont recrutés parmi les externes des Hôpitaux de Paris et les internes des Hôpitaux des grandes villes de France. Beaucoup d'entre eux se destinent à la médecine de colonisation, et formeront des médecins instruits, armés, pouvant lutter contre les praticiens étrangers et être des facteurs d'influence française. Il serait à souhaiter que le Gouvernement tunisien leur tînt davantage compte des services rendus et de l'expérience chirurgicale acquise pendant leur séjour à l'Hôpital Sadiki.



L'Hôpital Sadiki. — La cour intérieure

Une Opération de Gynécologie Cliché de la Presse Médicale

III. - L'Hôpital actuel

III. — L'HOPITAL ACTUEL

L'Hôpital Sadiki est situé tout en haut de la ville arabe, entre le boulevard de Bab-Menara, la place de la Qasba et le Souk Ed-Dziria. Deux portes y donnent accès : l'une, réservée aux voitures, sur la place de la Qasba, l'autre, pour les piétons, sur le Souk. C'est par celle-ci qu'arrivent les malades.

Pour accéder à l'hôpital, il faut suivre un dédale de ruelles étroites et tortueuses, traverser des souks pleins d'ombre et de fraicheur; enfin, après avoir passé entre le Dar-el-Bey et le coquet minaret de la mosquée Sidi-Yoūssef, on tourne sous un berceau de vigne plusieurs fois centenaire et l'on se trouve brusquement devant une porte au fronton de marbre sculpté et enjolivé d'arabesques : c'est l'Hôpital Sadiki.

Et tout de suite on est frappé par ce contraste entre les souks enténébrés, les ruelles mystérieuses que l'on vient de parcourir et la blancheur lumineuse, le luxe évident de propreté de la façade de l'hôpital.

A la porte, le gardien, Marocain sévèrement drapé dans un burnous immaculé, avec en sautoir une sacoche de cuir aux broderies éclatantes, arrête le visiteur : on n'entre pas sans autorisation. En fait, cette autorisation est très largement accordée, et nombreux sont les médecins de passage et même les touristes qui visitent l'hôpital.

En bas, sont logés les services généraux : économat, magasins de réserve, buanderie, pharmacie, bains. Là aussi sont les services de médecine. Le tout prend jour sur un vaste patio de style mauresque. Dallé de marbre, entouré d'une galerie à arcades noires et blanches où se promènent les malades, ce patio est orné, au milieu, d'un puits d'un pittoresque exquis, à demi envahi par des plantes grimpantes.

Les services de médecine sont dirigés · l'un par M. le docteur Broc, ancien interne des Hôpitaux de Paris ; l'autre par M. le docteur Bou Hageb, de nationalité tunisienne, mais docteur en médecine d'une Faculté française. Un laboratoire fort bien outillé leur est annexé, dirigé par M. le docteur Broc.

Les deux services comprennent 57 lits. Si l'on fait le tour des salles, on est frappé du nombre considérable des tuberculeux, tuberculeux pulmonaires surtout. Beaucoup de paludiques également, quelques syphilitiques graves, parfois un lépreux. A première vue, les services de médecine peuvent paraître un peu sacrifiés. En réalité, l'Arabe veut être guéri rapidement, en quelques jours, et se laisse facilement opérer, mais s'il lui faut un traitement médical de longue durée, il préfère se soigner chez lui et venir chercher des médicaments aux consultations. Cela explique le peu de variété des cas de médecine et le nombre trop grand des cachectiques, des tuberculeux à la période ultime qui ne viennent à l'hôpital que pour y mourir.

En bas, également, est le service d'ophtalmologie, actuellement en voie d'agrandissement, dirigé par M. le docteur Blutel. Il comprend une consultation spéciale, une salle d'une dizaine de lits, et une salle d'opérations.

Plus loin, sont les locaux de la consultation externe (hommes), avec une installation très suffisante pour l'examen des malades et les pansements. La consultation a lieu trois fois par semaine, les lundi, mercredi et vendredi. Le nombre des consultants varie de 100 à 200, parfois davantage. Un interne, assisté d'un auxiliaire qui joue le rôle d'interprète et de quelques infirmiers, examine le malade, donne des médicaments à ceux dont l'état ne nécessite pas l'hospitalisation et fait mettre à part les malades graves ou

susceptibles d'une intervention chirurgicale. Ces malades triés sont revus plus à fond par un autre interne qui, suivant le cas, prononce leur admission dans les différents services de médecine et de chirurgie, pratique les petites interventions d'urgence ou, enfin, présente à l'examen du médécin-chef ceux qui semblent justiciables d'une intervention importante. Les grands malades reçus au service « aseptique » ont donc subi au préalable un triple examen.

Auprès des salles de la consultation est installé un service d'électricité et de radiographie. Les indications de l'électrothérapie sont restreintes dans notre pratique, et la clientèle musulmane sait mal se plier à la discipline des séances à jour fixe dont elle ne retire pas un bénéfice immédiat. La radiographie rend plus de services, encore que l'absence d'un médecin spécialiste se fasse souvent sentir. Un laboratoire de photographie est annexé au service.

La pharmacie, dirigée par Si Brahim ben Hassen, aidé d'un auxiliaire médical et de deux garçons de pharmacie, remplit les prescriptions journalières pour les malades hospitalisés et prépare les médicaments destinés aux consultations.

Enfin, au rez-de-chaussée, est situé un Hammam installé suivant la coutume arabe, avec salles de vapeur, piscine, et tables de massage, par où passe tout malade admis à l'hôpital.

Au premier étage, sont les services de chirurgie et les salles d'opération. Nous étudierons successivement le fonctionnement du service « aseptique », des deux services « septiques » et du service des femmes. L'ensemble des services chirurgicaux est placé sous la direction de M. le Dr Brunswic-Le Bihan, assisté par trois internes, un pour chaque service « septique » et un pour le service « aseptique » et le service des femmes.

Le service « aseptique » comprend quatre salles, avec un total de 47 lits.

La description d'une de ces salles donnera une idée très exacte de la disposition des autres, le plan général et les détails du mobilier étant identiques pour toutes :

Chaque salle prend jour, à chaque extrémité, par de larges fenêtres, toujours ouvertes. En outre, les plus grandes salles sont

pourvues d'une large baie vitrée, encastrée dans la voûte, pouvant également servir à l'aération. Le blanchîment à la chaux des murs et des voûtes, fréquemment renouvelé, multiplie l'intensité de l'éclairage et assure une propreté parfaite. Le sol, dallé de marbre ou de carreaux de céramique, est lavé à grande eau. La porte donne sur une large galerie vitrée superposée au « cloître » qui, en bas, entoure le patio. Elle sert de promenoir aux convalescents.

Le mobilier de la salle est sommaire. De chaque côté sont alignés les lits, avec une petite table à côté de chacun. Un lit supplémentaire pour l'infirmier de veille, en tout 10 lits en moyenne. Une table complète l'ameublement. Pas de chaises, car les malades qui peuvent s'asseoir restent accroupis sur leur lit, à l'arabe, drapés dans leur couverture. Le lit est lui-même d'une simplicité extrême : deux tréteaux de fer supportant un assemblage de planches qui rappelle le lit militaire; là-dessus un matelas rembourré de diss ou d'alfa, matière peu coûteuse et inhospitalière aux insectes, deux draps et une couverture, le tout revenant à 22 fr. Un tel lit serait évidemment peu confortable pour des européens mais quel luxe pour nos arabes, dont la plupart sont habitués à coucher sur le sol du gourbis, revêtu d'une simple natte. Et, pour ne pas contrarier leurs habitudes, on les laisse se coucher avec leur *kadroun,* longue tunique de laine blanche qu'on leur donne à leur entrée à l'hôpital avec une chemise de toile. Bien entendu, chacun garde sa chéchia rouge, que nul bon croyant ne saurait quitter.

Chaque salle est confiée à un infirmier, sous la direction d'un élève-auxiliaire, avec, dans chaque service, un auxiliaire titulaire qui joue le rôle de surveillant et d'infirmier-major, sous l'autorité directe de l'interne, responsable vis-à-vis du médecin-chef.

Les auxiliaires et les élèves aident à faire les pansements, préparent les opérés, donnent le chloroforme, font les rachianesthésies, aident au besoin le chirurgien pour l'opération, bref rendent aisée la besogne des internes qui, sans eux, n'y pourraient suffire. L'auxiliaire titulaire du service « aseptique » est Si Sadok ben Amar.

Tout auprès des salles « aseptiques » sont : une salle d'examen

de malades, les laboratoires de stérilisation et la salle d'opérations aseptiques (hommes).

La salle d'examen est pourvue d'une table et de divers appareils d'examen, avec une collection complète de sondes et d'explorateurs des voies urinaires, stérilisés d'avance, chacun étant conservé dans un tube de verre saturé de vapeurs de mercure.

Les laboratoires de stérilisation comprennent deux grandes salles avec autoclaves, étuves Poupinel, stérilisateurs d'eau, trompe à eau, etc. Tout est préparé à l'hôpital, avec un soin remarquable par l'auxiliaire chargé de ce service Si Ali el Matri, l'élève-auxiliaire et les trois infirmiers placés sous ses ordres.

Les compresses, les champs opératoires, l'ouate, les crins de Florence et les drains sont stérilisés à l'autoclave.

Les instruments, au Poupinel, sauf les bistouris et couteaux, qui sont conservés dans le chloroforme pour n'en pas émousser le tranchant.

Le catgut est stérilisé par « tyndallisation », au bain-marie, à 70°, pendant deux heures et dans trois séances successives, puis conservé dans l'alcool à 90°.

Quant aux solutions injectables, elles sont, suivant leur nature chimique, stérilisées soit à l'autoclave, soit par filtration avec la trompe.

A côté des laboratoires de stérilisation est la collection des instruments réservés au service « aseptique », car il y a séparation absolue entre le matériel septique et aseptique. Cette collection, très complète, et à laquelle est consacrée annuellement une somme importante pour le renouvellement d'instruments usagés et l'achat de modèles nouveaux, est en partie distribuée dans les boîtes d'urgence stérilisées à l'avance et prêtes à servir immédiatement. Il faut aussi bien être prêt à faire une intervention obstétricale qu'une résection d'intestin, une trépanation, une thoracotonie d'urgence ; bref cette instrumentation doit être toujours en état de répondre à toutes les interventions de la chirurgie générale ou spéciale.

La salle d'opération « aseptique », vaste, très bien éclairée au moyen d'une baie latérale et de deux lanterneaux encastrés dans la

voûte, munie d'un puissant éclairage électrique pour les urgences de nuit, est pourvue d'une table d'opération très perfectionnée, de quelques tablettes mobiles et de deux lavabos à eau stérilisée. Pas de mobilier inutile, pas de nids à poussière. Les bassins pour jeter les compresses souillées, le revêtement des tabourets et des escabeaux sont en cuivre et fourbis « au clair ». Les jours d'opération du médecin-chef sont les mardi, jeudi et samedi ; l'interne du service opère les autres jours.

La préparation des opérés est réduite à la plus grande simplicité, grâce à l'emploi le plus large possible de la rachistovaïnisation pour les interventions dans le domaine de la région hypogastrique et des membres inférieurs. Pour les opérations hautes, on emploie le chloroforme ou le kélène. Quant à la stérilisation du champ opératoire, un badigeonnage à la teinture d'iode suffit à le réaliser.

La désinfection des mains consiste en une combinaison de l'asepsie et de l'antisepsie qui nous paraît assurer le maximum de sécurité : lavage à l'eau et au savon pendant vingt minutes, vérification par le permanganate, rinçage à l'alcool et stérilisation des ongles à la teinture d'iode. De plus, les mains sont gantées : de fil pour les opérations aseptiques, de gants de Chaput pour les cas septiques. Notre statistique opératoire justifie la minutie de ces détails.

Les deux services « septiques », agencés sur le même plan que le service « aseptique », sont placés sous la direction de deux internes, assistés de deux auxiliaires titulaires : Hadj Ali el Mourali et Si Abd el Kader el Marzouki, et d'élèves.

Ils comprennent ensemble 63 lits, répartis en cinq salles. En dehors des cas septiques, on y place les malades chirurgicaux dont l'état ne nécessite pas d'intervention, fractures fermées par exemple.

A ces deux services est annexée une salle d'examen et une salle d'opération. La salle d'examen et de pansements, qui comprend trois tables, est dotée d'appareils et d'une collection d'instruments spéciaux au service.

La salle d'opération, munie d'une bonne table et d'appareils de

Une Salle d'Hommes

Une Salle de Femmes

stérilisation pour le matériel et l'eau, sert aux petites interventions d'urgence et aux opérations septiques.

Une vaste salle, située vers le milieu du premier étage, est affectée au culte musulman. C'est une mosquée en réduction : salle nue, au sol couvert de nattes, avec le *mihrab* orienté vers La Mekke, et, suspendues à la voûte, une série de lampes rituelles. Naturellement l'entrée en est interdite à tout *roumi*.

Enfin, la cuisine, qui prépare les mets habituels aux Arabes : le *kouskoussi* national, les *méchoui* agrémentés de sauces à la tomate et au piment, tout cela un peu adouci, tempéré, à l'usage de malades.

A l'autre extrémité de l'hôpital, très isolé par plusieurs portes et un long couloir, est le service des femmes, partie jalousement réservée, à jamais mystérieuse, rigoureusement interdite à tout le personnel masculin, à l'exception du médecin-chef et des Internes.

On entre d'abord dans la salle de consultation. Celle-ci a lieu trois fois par semaine, aux mêmes jours que la consultation des hommes. Elle est dirigée par M^lle^ le docteur Gordon, qui a eu la tâche, difficile au début, d'apprivoiser cette clientèle féminine si prompte à s'effaroucher. Mais la patience et la douceur de la « t'biba », sa connaissance de la langue arabe ont fait plus encore peut-être que sa savante thérapeutique, et, maintenant, les Musulmanes viennent en foule à la consultation. Nous en avons vu plus de 200 le même jour. Elles se laissent, pour la plupart, examiner sans difficulté et se prêtent même à l'examen gynécologique qui était à peu près impossible à faire admettre il y a peu d'années encore. Avant la création de la consultation des femmes à l'Hôpital Sadiki, la clientèle féminine musulmane était la proie des médecins étrangers dont l'unique supériorité était la connaissance de la langue indigène. Le prix de la visite étant touché d'avance, on prenait le pouls de la malade, on lui faisait tirer la langue, on formulait une ordonnance et le tour était joué. Aussi, lorsqu'un médecin français en clientèle, lorsque l'interne à l'hôpital voulait procéder à un examen sérieux et consciencieux, donc obligatoirement complet, quel effarouchement ! On le taxait de curiosité et d'inconvenance, et il était prudent de ne pas insister. Que de patience et de persua-

tion il a fallu employer pour arriver à convaincre ces malheureuses et surtout leurs maris — farouches Othello — de la nécessité absolue d'un examen méthodique et complet !

Le service des femmes comprend 57 lits, répartis en trois salles, et en sept chambres d'isolement à un ou deux lits. Le personnel comprend trois infirmières et quelques femmes indigènes pour les gros travaux. L'interne du service « aseptique » a la direction du service des femmes, sous l'autorité du médecin-chef.

Les trois salles sont affectées : l'une aux opérées, les deux autres aux cas septiques et aux cas médicaux. La séparation des septiques et des aseptiques est ici moins rigoureuse qu'au service des hommes, mais la nécessité formelle d'un quartier absolument isolé pour les femmes rend à peu près impossible, à moins de disposer de locaux plus vastes et d'un personnel considérable, une séparation parfaite. Le plan général des salles et leur ameublement est analogue à ce que nous avons montré à propos du service des hommes. Ici, pourtant, les fenêtres sont garnies d'un treillage de bois, à la mode arabe, qui permet aux femmes de regarder au dehors sans pouvoir être vues.

D'autre part, un escalier particulier, surveillé par un gardien incorruptible, permet de monter directement du dehors de la salle de consultation, afin que les femmes ne soient pas obligées de subir des regards masculins en entrant par la porte commune.

Les chambres sont réservées aux grandes opérées et à quelques malades payantes. Une petite salle pour les accouchements est annexée au service. Les accouchements sont rares à l'hôpital. Les femmes ne sont pas encore habituées à venir demander notre intervention pour un événement aussi naturel. Elles accouchent chez elles, aidées par des sage-femmes ou, souvent, par des matrones d'une expérience contestable et d'une malpropreté certaine. Seules nous sont envoyées pour accoucher les prisonnières, quelques très rares femmes pauvres et des cas désespérés dans lesquels toutes sortes d'interventions ont été pratiquées, Allah sait comment ! Ces malheureuses arrivent profondément infectées, placenta à demi arraché, col utérin et périnée déchirés, souvent trop tard pour qu'on puisse rien tenter d'utile. Pourtant, étant donnée la natalité con-

sidérable chez les musulmans, il semble que les dystocies soient assez rares. La raison en est, sans doute, la sélection naturelle réalisée par la mortalité infantile qui supprime les sujets peu robustes. De la sorte, les femmes qui arrivent à la puberté sont relativement exemptes de tares physiologiques importantes, bien que toutes portent des traces plus ou moins nettes de rachitisme. De fait, les dystocies que nous avons pu observer étaient dues presque toutes à des déformations pelviennes d'origine rachitique ou tuberculeuse.

Enfin, tout au fond du service des femmes, est une salle toujours fermée à clef, aux fenêtres garnies de barreaux de fer et doublées, non plus d'un treillage en bois, mais de volets pleins, avec prise de jour tout en haut. C'est la salle réservée aux « qua'ba » (قحبة), filles publiques indigènes, astreintes à la visite sanitaire hebdomadaire, et où l'on hospitalise celles qui sont reconnues malades. Des chants, des rires, parfois des bruits de querelles et de rixes franchissent la porte.

Au service des femmes sont annexées une salle d'examen gynécologique et une salle d'opération. La salle d'examen comporte une table gynécologique et quelques instruments. La salle d'opération, installée sur le plan de la salle d'opération « aseptique » du service des femmes, possède une double entrée : l'une sur le service, l'autre sur l'extérieur par où passe le personnel masculin nécessaire pour la préparation de l'opération ; de cette façon, les hommes ne pénètrent pas dans le service proprement dit.

Tel est l'ensemble de l'Hôpital Sadiki en son état actuel. Il nous reste à dire un mot de la salle de garde des internes et de la bibliothèque, situées au premier étage, à l'écart des services. La salle de garde comprend une salle à manger, un petit salon et les chambres des trois internes, le tout construit et orné dans le style arabe. Nos prédécesseurs ont eu l'idée de sauver, en les encastrant dans les murs de la salle à manger, de très intéressantes inscriptions trouvées dans l'ancien cimetière converti en jardin, et dont quelques-unes, gravées en caractères *koufiques*, sont de véritables pièces de musée. Un panneau est consacré à la liste des anciens internes de Sadiki, dont déjà plusieurs, devenus médecins de co-

lonisation, sont morts à la tâche, victimes du devoir professionnel.

La bibliothèque, essentiellement chirurgicale à l'exception des traités classiques de médecine, est un modèle du genre, grâce à l'intérêt que lui porte M. le Médecin-chef. Elle pourrait faire envie à plus d'une salle de garde des hôpitaux parisiens. En outre des ouvrages classiques, tout ce qui a paru d'important au point de vue chirurgical depuis dix ans a été acheté à mesure, bien relié et classé méthodiquement. De même, les périodiques, dont nous recevons tous les principaux, ont été collectionnés et reliés avec soin. Nous disposons ainsi d'un matériel de travail pratiquement comparable à celui des grandes bibliothèques, sauf, bien entendu, en ce qui concerne les recherches bibliographiques et qui a l'avantage d'être sur place.

Au-dessus des différents services, s'étend une succession de terrasses ensoleillées qui dominent toute la ville arabe, Tunis-la-Blanche, avec ses coquets minarets carrés ou octogonaux, ses coupoles lumineuses et ses bulbes d'émail vert. La *zaouïa* de Sidi bel Hassen couronne l'antique cimetière du Djellaz où les blanches *qoubba* tranchent sur le fond sombre des cyprès et des eucalyptus. Et là-bas, fermant l'horizon, c'est, d'un côté, la chaîne de montagnes qui prolongent l'arête du Cap Bon, le Djebel Bou-Qornin (la montagne à deux cornes de Salambô), le Djebel Reças, et, de l'autre, c'est le lac de Tunis, el Bahira, au-dessus duquel s'estompent dans le lointain les hauteurs neigeuses de Carthage et de Sidi-bou-Saïd.

IV - Les malades de l'Hôpital Sadiki

IV. - Les Malades de l'Hôpital Sadiki

Bien que ses règlements l'autorisent à recevoir des malades de toute religion, l'Hôpital Sadiki a une clientèle presque exclusivement musulmane. Pourtant, les Israélites fréquentent assez assidûment la consultation, mais ne sont hospitalisés qu'à titre payant. Beaucoup plus rarement on a vu admettre des chrétiens sujets du sultan (Grec ou Arméniens) lesquels, n'appartenant pas à une nation régulièrement représentée dans la Régence, sont considérés comme sujets tunisiens.

Bien différente, d'ailleurs, est la mentalité de l'Arabe et celle de l'Israélite. Mais encore faut-il dire ce qu'on entend par cette désignation un peu vague : Arabe. « On sait qu'au point de vue ethnographique, l'Arabe présente une série de types très différents. On englobe sous ce nom l'autochtone, l'ancien habitant du pays : le Berbère, puis l'Arabe proprement dit, conquérant venu d'Asie, enfin le résultat des différents croisements avec les noirs du Soudan, avec les Turcs, avec les Européens En fait, la Tunisie est une moderne Babel. Pratiquement on peut diviser les indigènes musulmans de Tunisie en deux groupes très différents de coutumes et de genre de vie : l'habitant des villes, le Maure, et l'habitant des campagnes, le « bédouin », le nomade resté pasteur et circulant à travers le pays. » (Dr Brunswic-Le Bihan).

Suivons une des consultations de l'Hôpital et nous verrons défiler toute une série de types cliniques :

D'abord, c'est toute une série de tuberculeux, tuberculeux pulmonaires aux différentes périodes, les uns ayant encore un bon état général ne demandent que des médicaments, les autres, amaigris, à la face terreuse, n'ayant conservé de vivant, semble-t-il, que leurs grands yeux sombres qui brillent de fièvre. Ceux-ci seront reçus dans un service de médecine où ils resteront jusqu'à la fin. Les tuberculeux externes sont légion : maux de Pott, coxalgies, tumeurs blanches, abcès froids, etc. Et, le plus souvent, les malheureux se présentent à un moment où rien ne peut plus être fait pour les guérir, tant leurs lésions sont avancées, ouvertes, infectées secondairement. On est souvent obligé de leur offrir l'amputation; toujours ils la refusent d'abord, puis ils discutent, défendent leur peau centimètre par centimètre, ne comprenant qu'à force d'explications qu'il est nécessaire d'amputer en tissu sain, loin du mal. Enfin, brusquement, ils se décident complètement; qu'on leur fasse ce qu'on voudra; *mektoub !* c'était écrit. Nous avons remarqué, d'après la statistique de l'Hôpital, que la tuberculose a fait, depuis dix ans, d'effrayants progrès parmi les indigènes de Tunisie. Pourtant, la vie matérielle semble améliorée pour eux; mieux payés, ils jouissent d'une aisance relative; les œuvres d'assistance s'occupent des malades et des indigents; et pourtant le fait est là, trop évident : les décès par tuberculose, sous quelque forme qu'elle se manifeste, augmentent dans des proportions terribles. La faute en est, ici comme en France, à l'alcoolisme, au moins en majeure partie. M. le docteur Brunswic-Le Bihan a récemment insisté sur ce fait : « Je vous signalerai un fait précis d'observation personnelle qui établit, avec la valeur d'une réaction de laboratoire, les progrès de l'alcoolisme chez les indigènes. C'est ce qu'on pourrait appeler la réaction chloroformique.

« Quand on endort quelqu'un avec du chloroforme, l'anesthésie est toujours précédée d'une période d'agitation, très courte d'ailleurs chez un sujet sobre; s'agit-il, au contraire, d'un alcoolique, et surtout d'un alcoolique invétéré, cette période d'agitation devient accidentée, convulsive, dramatique et surtout très longue.

En attendant la consultation externe

Service des Pansements externes

« Or, ce signe révélateur de l'alcoolisme, je n'avais guère l'occasion de l'observer voici dix ou douze ans, alors qu'aujourd'hui, à l'Hôpital Sadiki, il faut, trop souvent, une véritable équipe d'infirmiers pour contenir les longs mouvements convulsifs de certains patients indigènes, au début des chloroformisations. » (*Dépêche Tunisienne*, 2 décembre 1913).

En effet, depuis que les indigènes sont mêlés à la vie des Européens, depuis que la civilisation moralisatrice les a inondés de ses bienfaits, ils se sont peu à peu laissés gagner aux douceurs de l'absinthe importée de France, de l'anisette italienne (« bibite à un soldo »), de la *boukha* juive, en un mot de l'alcool sous toutes ses espèces et les plus redoutables. Et le service militaire obligatoire pour les illettrés, si nombreux ici, a puissamment aidé à répandre le fléau chez les Arabes du *bled* en les amenant à la ville. C'est que la vente de l'alcool est une source de revenus considérables pour le budget et, malgré leurs déclarations toutes platoniques, les autorités ne peuvent — ou ne veulent — limiter le nombre des débitants. Et pourtant, combien cette mesure serait plus simple et plus efficace que la déclaration obligatoire de la tuberculose! Pensons aussi à ce que serait l'importance du « bistro », grand agent électoral, le jour où la Tunisie serait soumise au régime parlementaire...

Nous sommes heureux, pourtant, de pouvoir signaler l'exemple de l'oasis de Tozeur où, sous l'impulsion du Docteur Arroux, médecin de colonisation, un décret a interdit récemment la vente de l'alcool aux indigènes de cette circonscription. Dans sa dernière session, la Conférence Consultative (novembre 1913) a également émis un vœu pour qu'on étudiât les mesures à prendre afin d'enrayer les progrès de l'alcoolisme chez les indigènes.

Mais revenons à notre consultation. Ce sont maintenant des blessés sans grande importance : écrasements de phalanges, panaris, abcès ; on les envoie avec un billet à la salle d'opérations « septique », où un interne fera le nécessaire : pratiquera les petites interventions, prescrira la nature des pansements que feront les auxiliaires médicaux, arrachera les dents, tout cela avec le secours de l'anesthésie locale ou générale, que souvent réclament les malades et qui leur donne, de façon particulièrement sensible, la no-

tion de la supériorité du « t'bib » français sur le rebouteux arabe.

Mais voici un malade, superbement drapé dans un burnous en loques, le visage empreint d'une fierté toute sarrazine. Interrogé sur son mal, « Soultane », répond-il d'un ton majestueux, et il nous découvre un énorme ulcère syphilitique. Car la *soultane*, c'est la syphilis, importée, dit-on, en Tunisie par une sultane venue de Constantinople ; aussi c'est une maladie aristocratique, dont notre malade est presque fier ; et puis, ne dit-on pas ici que si l'on n'a pas cette maladie ici-bas, on l'aura dans l'autre monde ? D'autres fois la syphilis est appelée « el merd el kebir » (المرض الكبير), la grande maladie, parfois même « el merd el françis » (المرض الفرنسيس), le mal français. La syphilis se complique ici de dermatoses variées, dues à la malpropreté et à la présence de parasites multiples. D'ailleurs, chez les indigènes, la syphilis apparaît surtout dans ses manifestations extérieures et relativement bénignes, tandis qu'on observe très rarement, au contraire, les localisations nerveuses qui en assombrissent si souvent le pronostic, en Europe.

Tout à coup, un mouvement se produit vers la porte, la foule s'écarte et voici que paraît un portefaix, pliant sous le poids d'une grande hotte, d'où sortent une tête coiffée d'une chéchia crasseuse et deux jambes ; c'est un malade. Trop faible pour marcher et trop pauvre pour s'offrir le luxe d'une voiture, il n'a rien trouvé de mieux que ce mode de transport. On le sort de la hotte où il était tassé, et l'on a le spectacle lamentable d'une cachexie profonde, résultat de la misère physiologique, de la tuberculose, du paludisme, que sais-je ? Il serait vain de recevoir à Sadiki ce triste débris ; on le fait transporter à la Tekia, asile de vieillards, d'incurables et d'aliénés, où il recevra les soins essentiels jusqu'à sa fin prochaine.

Enfin, des cas chirurgicaux d'un intérêt plus réel se présentent : hernies en très grand nombre, et la cure radicale assurée, le court séjour à l'hôpital, 15 à 20 jours, font que les opérés rentrés chez eux nous envoient des amis porteurs de hernies qui demandent à être opérés eux aussi. Les kystes hydatiques, et de tous les organes, sont également assez fréquents ; les urinaires, rétrécis, calculeux, prostatiques, forment un contingent appréciable. Les gas-

tropathies ne sont pas rares, soit qu'il s'agisse d'ulcus, soit le plus souvent de dilatation gastrique avec ptose, provoquées par le régime alimentaire . diète certains jours, bombance le lendemain, au hasard du budget, et touiours avec solide assaisonnement de piment et d'épices. Ces malades seraient, en France, justiciables d'un traitement médical, mais ici, impossible de leur faire suivre un régime alimentaire ; aussi, dans les cas sérieux, a-t-on recours a la gastro-entéro-anastomose postérieure, qui supprime douleurs et vomissements.

Il faut remarquer la rareté du cancer en Tunisie dans la population indigène. La mortalité pour cancer y atteint 35 pour 100.000 habitants, et ne représente que 1, 2 % de la mortalité générale (Dr Girard).

Et, tandis que l'épithélioma est la forme histologique du cancer dans la population européenne de Tunisie, c'est le sarcome qui domine chez l'Arabe et le Juif. Beaucoup d'auteurs ont pensé que la faible consommation de viande, l'abstinence complète de viande de porc, pouvaient être les raisons majeures de la rareté du cancer épithélial chez la population indigène de Tunisie. D'après l'étude de statistiques portant sur des populations à peu près exclusivement végétariennes, nous sommes personnellement de cet avis.

Mais cette communauté histologique de la variété du cancer chez les Arabes et les Israélites ne correspond point à une commune expression clinique. L'Arabe ne vient consulter que très tard, après avoir épuisé toutes les ressources, assez peu étendues du reste, de la thérapeutique indigène, bien déchue depuis Albucassis, Averrhoës, Avicenne, grands noms qui, du Xe au XIIe siècle, résument presque toute l'histoire de la médecine. Actuellement, la révulsion sous ses différentes formes : ventouses sèches et scarifiées, tatouages, cautérisation ignée, fait à peu près tous les frais du traitement. Il est juste de reconnaître qu'elle semble réussir en bien des cas, au mōins contre le symptôme « douleur », considéré comme prépondérant par les Arabes (Dr Astruc). Mais trop souvent, ces essais thérapeutiques retardent le moment où les malades viennent demander nos soins. Ils se présentent alors à une période extrêmement tardive, quand les chances de guérison sont

bien aléatoires. Et encore, combien est difficile l'examen du malade ! Le plus habituellement, il est impossible d'obtenir des renseignements précis ni sur le siège exact du mal, ni sur ses caractères subjectifs, pas même sur la date du début. Insouciant du passé, sans prévoyance de l'avenir, l'Arabe ne sait pas « situer » dans le temps.

Un malade, porteur d'un énorme kyste hydatique du foie qui emplissait tout l'hypocondre droit et avait déterminé divers troubles de compression, nous répondit un jour qu'il était malade « depuis un mois à peine ». Peut-être souffrait-il davantage depuis un mois ? Peut-être était-il survenu à ce moment quelque épiphénomène sans grande importance mais qui l'avait frappé ? De sorte qu'il faut savoir se passer de tout renseignement, de tout interrogatoire sérieux, et se contenter d'un examen objectif.

Le Juif, au contraire, vient consulter dès le début de la maladie, et sait mieux donner les renseignements qu'on lui demande. Mais, beaucoup moins courageux, physiquement et moralement que l'Arabe, il se prête mal aux explorations douloureuses et redoute l'acte chirurgical. Enfin, le Juif Tunisien, issu d'une race dégénérée et apauvrie par les mariages consanguins, physiologiquement taré par une vie trop sédentaire et une alimentation très spéciale, résiste mal à la maladie, se rétablit plus lentement après une intervention. La constitution de l'Arabe, surtout de l'Arabe de la campagne, est infiniment plus robuste ; ses tissus, peu surchargés de graisse, se réparent mieux ; enfin sa philosophie sereine — ou son fatalisme indifférent — lui donnent un courage et une tranquillité d'esprit dont l'influence favorable ne peut être contestée. Et d'autre part, malgré de grossières erreurs, l'hygiène imposée par les prescriptions coraniques ou les traditions musulmanes comprend une série de pratiques excellentes en soi : ablutions rituelles renouvelées plusieurs fois par jour, usage plus ou moins fréquent du hammam ; mouvements de prosternation au moment de la prière, jusqu'à toucher le sol du front, et cela cinq fois par jour pour les croyants, mouvements gymnastiques qui semblent extraits des plus récents manuels ; cure de jeûne pendant le *Ramdhan ;* et souvent une vie en plein air, au moins pour les hommes

et aussi pour les femmes de la campagne ; enfin abstinence de vin et d'alcool pour les vrais disciples du Prophète, et usage modéré de la viande. Combien d'Européens gagneraient à suivre une telle hygiène !

Les affections principales que nous venons de voir chez les consultants hommes, nous les retrouverons chez les femmes. Là encore, tuberculose et syphilis tiennent une place trop importante.

Mais, avant d'étudier la pathologie de la femme arabe, nous voudrions tenter d'en esquisser le portrait. De tous temps, les poètes islamiques ne sont plus à célébrer, à leur manière, la femme ; et nous ne saurions mieux faire que de citer cette pièce d'un poète, illustre dans toute l'Arabie, écrite pour sa maîtresse :

« Elle a la taille effilée, la jambe bien fournie ; son corps svelte et blanc n'est pas surchargé d'un mal embonpoint ; sa gorge a le poli d'un miroir.

Elle est comme la perle vierge, dont la nacre a une blancheur légèrement nuancée de jaune et qui a été alimentée au fond des mers par une eau bienfaisante.

Si elle se détourne, elle montre le profil d'une joue charmante ; si elle regarde de face, ses yeux ont la même expression que ceux de l'antilope de Wadjra veillant sur son jeune faon. Son col, comme celui du rinn (*), se redresse avec élégance ; mais le col du rinn n'est point paré des ornements qui décorent le sien.

Ses longs cheveux, d'un noir foncé, tombent avec grâce sur ses épaules et ressemblent, par leur épaisseur, au rameau du dattier chargé de grappes pressées.

Ils forment des boucles qui se relèvent naturellement ; les liens qui en réunissent quelques touffes disparaissent au milieu des nattes tressées ou flottantes.

Sa taille est fine et ronde comme une courroie tordue, sa jambe a la couleur agréable du jonc né à l'ombre du palmier dont le pied est bien arrosé, dont les branches se courbent sous le poids des fruits.

Le matin, des parcelles de musc sont éparses sur son lit. Elle

(*) Gazelle blanche.

sommeille longtemps après le lever du soleil ; elle n'a pas besoin de prendre le vêtement léger et la ceinture du travail.

Sa main est douce et ses doigts délicats sont pareils aux insectes qui rampent dans les sables de Zhibi ou aux cure-dents faits de bois d'ishil (?)

L'éclat de son front dissipe les ténèbres de la nuit, comme le flambeau allumé par le pieux solitaire dans son humble retraite.

Voilà la beauté sur laquelle le sage jette des regards de désir et d'amour ; beauté au port gracieux et élevé, dont l'âge heureux est l'époque du passage de l'enfance à l'adolescence. » *(Mou'allaqa d'Imroulqaïs).*

On pensera ce qu'on voudra de ce lyrisme exubérant ; pour notre part, nous ne voyons pas souvent des femmes jeunes et jolies à la Consultation, car celles-ci sont jalousement gardées par leurs maîtres et seigneurs qui ont sur elles une autorité absolue : « Vos femmes sont comme votre champ, vous pouvez aller à votre champ comme vous le voudrez. » *(Coran.)*

Aussi les femmes jeunes ne sortent-elles presque jamais de leur maison où, « désenchantées » ou non, elles se consolent en fumant, buvant des sirops ou du café, et en regardant les passants à travers les treillages de leurs moucharabiehs. Celles-là, quand elles sont malades, font plus volontiers venir le médecin à domicile.

Mais les femmes âgées, les femmes au-dessus de trente ans en moyenne, car elles vieillissent rapidement à ce régime de cloître, épuisées par des maternités trop fréquentes, sont plus libres. Elles servent alors souvent de domestiques à leur mari et à leurs coépouses plus jeunes. Et souvent elles ne sont guère récompensées, car l'Arabe du peuple connaît peu le sentiment de respect et d'affection pour l'épouse vieillie qu'il ne désire plus. La femme reste toujours d'ailleurs pour lui un accessoire utile, parfois agréable, mais d'essence très inférieure. Et cette mésestime du mari pour l'épouse s'oppose curieusement au sentiment profondément respectueux, au contraire, du fils pour la mère.

Il faut prévoir que cette condition inférieure de la femme arabe s'élèvera bientôt à mesure que se développera l'influence de l'édu-

cation donnée aux enfants de l'un et l'autre sexe, dans les écoles franco-arabes.

La pathologie de la femme musulmane tunisienne ne présente rien de bien particulier. Mêmes affections gastro-intestinales que les hommes, dues au même régime alimentaire ; même rareté du cancer, bien que nous ayons pu observer quelques cas de sarcome de l'appareil génital. Les affections gonococciques ne semblent pas aussi fréquentes que pourrait le faire penser le nombre d'urétrites à gonocoques que l'on observe chez les hommes. Par contre, il n'est pas rare de rencontrer des fibromes, des kystes, de l'ovaire, ayant atteint un volume extraordinaire, tels qu'on n'en voit qu'exceptionnellement en France. Malheureusement, les femmes jeunes n'acceptent que très difficilement l'hystérectomie, car stériles, elles peuvent être répudiées par leurs maris sans autre forme de procès. Les femmes âgées se soumettent assez aisément à une intervention, et le progrès réalisé en dix ans à ce point de vue est incroyable.

Nombreux sont les cas de fistules vésico-vaginales, généralement inopérables, et dont l'existence, si rare actuellement en France, montre combien précaire est l'assistance des matrones indigènes dans les accouchements.

Quant aux cas de pathologie médicale, ils ne présentent guère d'intérêt local. Seule la fréquence des dermatoses, qui dissimulent souvent une gale ignorée, doit être retenue.

La consultation des femmes, s'occupe aussi des enfants, souvent atteints de rachitisme, d'hérédo-syphilis ou de manifestations externes de la tuberculose, on les hospitalise avec leur mère quand besoin en est.

Tous ces malades, hommes ou femmes, entrent à l'hôpital sans répugnance, sachant qu'ils trouveront là des soins dévoués, et sachant aussi qu'ils resteront dans un milieu musulman, *chez eux*. Ils peuvent recevoir trois fois par semaine la visite de leurs parents, plus souvent même si leur état est grave. Les hommes ont la liberté de fumer dans les salles.

Et là n'est pas le moindre mérite, d'avoir compris la nécessité de laisser la plus grande liberté à nos malades, bien incapables de

se plier aux rigueurs d'un règlement analogue à celui des hôpitaux français. C'est avec quelques concessions, au fond sans importance, que l'on a réussi à attirer et satisfaire ces grands enfants. Il est juste de reconnaître qu'il n'en abusent pas, et que jamais l'ordre et le silence ne sont troublés.

L'Hôpital Sadiki. — Le Jardin

Le Service des Morts

V. - Le Jardin de l'Hôpital

LE SERVICE DES MORTS

V. — Le Jardin de l'Hôpital

Le Service des Morts

Le jardin de l'hôpital Sadiki est un ancien cimetière musulman, *Jebbanet-es-Selsela*, depuis longtemps désaffecté. Il longe tout un côté de l'hôpital, et semblait tout indiqué pour servir de jardin. Cependant, ce n'est pas sans de longues négociations que M. le Dr Brunswic-Le Bihan a pu faire percer la porte de communication nécessaire. Encore n'est-ce que depuis l'année dernière que l'ancien cimetière est devenu légalement la propriété de l'hôpital. Il est limité, d'autre part, par le boulevard Bab-Menara et la place de la Qasba.

Il est resté, jusqu'ici, à peu près intact : « ni plates-bandes, ni allées ; rien que des herbes folles et des chrysanthèmes des prés qui envahissent les tombes. De ci, de là, des poivriers pleureurs dont la chevelure embaumée parfume les morts ; près d'une coupole affaissée, quelques hauts eucalyptus, ces sentinelles funéraires, et plus loin, dressés au-dessus du vide et bravant la ville basse, les glaives gris des aloès et la hampe fleurie de leur éclosion unique.

Nous marchions parmi des dalles longues et étroites, si étroites qu'on a presque pitié de ces pauvres morts rétrécis, de ces pauvres corps rendus à Dieu, comme ils sont venus au monde, et déposés à même dans la terre nue. Ce sont des marbres finement arabes-

qués, des stèles sculptées, car c'était jadis le champ de repos de la « medina », le quartier aristocratique. Quelques tombes portent des inscriptions mi-effacées ; d'autres n'ont pour signe distinctif — qu'importe le nom ? le sexe seul est éternel — qu'une colonne en forme de « lingam » ou bien une pierre arrondie en langue de chat. D'autres encore, fatigués de vivre, s'enfoncent à jamais sous la terre.

Et les abeilles bourdonnent..... et un soleil de feu ruisselle sur nos épaules, ruisselle sur les chrysanthèmes sauvages, et sur tous ces sépulcres mâles et toutes ces tombes femelles.

Au loin, on aperçoit le bonnet vert du marabout assoupi, et le minaret lourd de la Qasba, et les galeries d'une caserne.

De temps en temps, on entend le frémissement des fils électriques ; mais le tramway demeure invisible, passant en contre-bas apportant à la ville moderne, son bruit, son progrès, sa civilisation ; tandis qu'ici, dans ce haut cimetière désaffecté, nous respirons la poésie muette du passé et l'haleine brûlante des poivriers... » (Myriam Harry).

Hélas ! ce jardin si pittoresque est destiné à être, lui aussi, civilisé, c'est-à-dire enlaidi. De ce seul côté, actuellement, l'hôpital peut s'étendre, et déjà on a dû y construire un séchoir pour le linge, des remises, la désinfection, enfin récemment, le service des morts.

Le pavillon de désinfection se trouve ainsi situé presque en dehors de l'hôpital, et le linge et les vêtements des malades y sont conduits directement du hammam, par une porte spéciale. Ils ne reviennent, complètement désinfectés, qu'au moment de la sortie des malades.

Le Service des morts est un élégant pavillon, de style mauresque, dominé par une blanche « qoubba » et un gracieux minaret. Il comprend intérieurement : le laboratoire d'anatomie du médecin-chef ; le musée où sont conservées les pièces opératoires intéressantes ; une salle d'autopsie ; enfin, une salle où les cadavres sont lavés et ensevelis rituellement, suivant les coutumes de l'Islam. Sous cette salle, est un caveau frigorifique pouvant contenir six cadavre. Un appel d'air, haute cheminée construite dans le minaret qui décore le pavillon, aère le caveau. En haut, l'air et la lumière

sont largement dispensées par des prises d'air établies au plafond, de grandes baies vitrées latérales et des lanterneaux.

Il convient de remarquer que, grâce aux efforts et à la diplomatie de M. le Dr Brunswic-Le Bihan, les autopsies de sujets musulmans qui, autrefois, n'avaient rigoureusement lieu que sur mandat judiciaire du Parquet, sont méthodiquement pratiquées avec le consentement de la famille des décédés. Qu'on nous permette, à ce sujet, une anecdote : Le frère d'un malade décédé à l'hôpital était venu s'enquérir, auprès d'un auxiliaire médical de ses amis, de la cause de la mort de son frère. L'auxiliaire ayant répondu que cette cause n'était pas connue avec exactitude, « et pourquoi, dit l'autre, n'ouvre-t-on pas son corps pour le savoir ? »

Cette possibilité de faire des autopsies est d'autant plus intéressante qu'actuellement encore, en Algérie, les autopsies sont très difficilement acceptées par les musulmans.

VI. - LA RABTA

Lazaret-Annexe de l'Hôpital Sadiki

Lazaret de la Rabta

VI. — La Rabta

Lazaret-Annexe de l'Hôpital Sadiki

Dès que le service de l'assistance médicale de la Régence voulut organiser la défense sanitaire en Tunisie, il se trouva obligé de songer à l'organisation de lazarets. La situation de la Tunisie aux portes de l'Orient, ses relations constantes avec les pays du Levant, l'organisation annuelle du pèlerinage de La Mecque, très suivi des musulmans de toute l'Afrique du Nord, en font, comme le prouve son histoire, un pays souvent visité par les épidémies.

Le premier lazaret fut ouvert en 1904, au cours d'une violente épidémie de variole. On dut, pour isoler les malades que les hôpitaux musulman, israélite et italien ne pouvaient recevoir, faute de locaux d'isolement, recourir à une installation de fortune.

En 1907, quelques cas de peste bubonique s'étant produits à Tunis, on dut encore improviser un lazaret. Quelques améliorations furent, à ce moment, apportées aux locaux en usage; mais en réalité, il n'existait point jusqu'alors de véritable hôpital d'isolement.

Il fallait d'abord créer un lazaret sur le front de mer, pour mettre la Tunisie en mesure de pouvoir accepter, au moins dans un de ses ports, les navires de toute provenance, comme le demandait la convention sanitaire internationale de 1903, à laquelle elle venait

d'adhérer. Mais la situation de ce lazaret de front de mer à l'entrée du lac de Tunis, c'est-à-dire à 20 kilomètres de la ville, ne permettait guère de l'utiliser pour les malades urbains. Il fallait un second lazaret, situé près de Tunis, et le budget du Gouvernement de la Régence ne pouvait encore en supporter la dépense.

En 1909, une épidémie de typhus exanthématique contraignit à ouvrir à nouveau le lazaret de Tunis. Le nombre considérable des malades força même à construire, d'urgence, deux nouveaux baraquements.

En 1910, lorsque le choléra fit son apparition soudaine en Italie, on se hâta d'apporter au lazaret de Tunis des modifications susceptibles de la rendre utilisable en cas de propagation de l'épidémie.

En attendant, il servit à hospitaliser des typhiques, et afin d'avoir prêts des locaux et un personnel entraîné, il resta ouvert jusqu'à l'apparition du choléra à Tunis.

A la date du 25 juillet 1911, qui marque le début de l'épidémie, le lazaret de la Rabta était composé d'un bâtiment en pierres et de quatre baraquements en planches contenant 92 lits, plus des services généraux : buanderie, laboratoire, morgue. Il existait un poste d'eau, mais pas de conduites de distribution pour les différents pavillons. Un système d'égouts, se déversant dans une fosse fixe, collectait les eaux « usées ».

C'était la première fois que l'on avait à isoler un aussi grand nombre de malades, et c'était la première fois que l'on tentait d'appliquer aux populations si diverses de l'Afrique du Nord, les mesures intégrales de prophylaxie moderne contre le choléra.

Pendant l'épidémie, 1563 personnes furent hospitalisées à la Rabta : 413 malades et 1149 suspects. Sur ces 413 malades, 159 sont sortis guéris, c'est-à-dire que la mortalité a été, au lazaret, de 52,7 °/₀, alors que la mortalité globale de la ville s'éleva à 66 °/₀. Il faut noter que, sur les 413 malades, il y eut seulement 16 Français, sur lesquels on eut à compter 10 décès, soit 62 °/₀.

La totalité des hospitalisés à la Rabta, en 1911, s'élève à 1684.

A la suite de l'épidémie de 1911, la nécessité de construire un lazaret permanent s'imposait. D'autre part, il fallait lui assurer une direction administrative solide et éclairée.

L'arrêté du 1er avril 1912 rattache administrativement le lazaret de la Rabta à l'hôpital Sadiki, « dont il constituera une section annexe, dirigée et administrée comme l'hôpital lui-même, suivant les dispositions réglementaires du 1er février 1910.

Les ressources nécessaires au fonctionnement de l'annexe de la Rabta seront inscrites au budget de l'hôpital Sadiki, à un chapitre spécial et indépendant.

M. le médecin-chef chargé de la direction de l'hôpital Sadiki est chargé, sous le contrôle direct du Secrétaire général du Gouvernement tunisien, de l'administration de l'annexe de la Rabta ».

La direction médicale du lazaret est confiée à M. le Dr Conseil, chef du Bureau d'hygiène de Tunis, que sa compétence en matière de Pathologie exotique et ses travaux sur diverses questions de bactériologie et de parasitologie médicale désignaient tout spécialement pour ce poste.

Un interne est attaché aux services de la Rabta, avec un auxiliaire médical, des infirmiers, une infirmière et des hommes de service.

Sous l'impulsion de MM. les Drs Brunswic-Le Bihan et Conseil, le lazaret a pris une extension considérable. Quatre nouveaux bâtiments ont été construits, en bois, ce qui porte le nombre total des pavillons destinés aux malades à 8, comprenant 26 pièces d'isolement. (1) Et la disposition des bâtiments permet, de plus, l'isolement par nationalités, au besoin par familles. Le nombre des lits est de 132. La désinfection de chaque pavillon et de chaque pièce, après chaque épidémie, les rend absolument interchangeables.

L'eau est amenée au lazaret par une canalisation spéciale. La construction d'un réservoir, avec pompe élévatrice, a permis de distribuer l'eau dans chaque pièce et d'y installer des water-closets « à la turque », avec chasse d'eau.

Chaque pavillon est relié à un système d'égouts, construits sui-

---

(1) Ces pavillons ont dû être construits *en bois* pour satisfaire aux exigences du génie militaire. De la sorte, ce lazaret modèle est plutôt, comme l'a dit notre maître, M le Dr Brunswic-Le Bihan, un modèle — en bois — de lazaret. Enfin, inclinons-nous devant les nécessités de la Défense Nationale.....

vant le type de canalisation « unitaire », conduisant dans sept vastes fosses fixes. Ces fosses furent très facilement et économiquement établies, car on put utiliser d'anciens silos, très étanches, qu'il a suffi de couvrir. Les matières et les eaux usées restent au moins un an dans ces fosses septiques, où commence l'épuration biologique.

L'effluent, qui ne contient déjà plus de microbes pathogènes, est épuré cependant sur lit bactérien, avec chasse automatique. Enfin, l'effluent du lit bactérien est utilisé pour l'épandage agricole, dans les terrains situés à la limite du périmètre du lazaret. De la sorte, aucune matière usée ne sort du lazaret.

Des bâtiments ont été construits pour les services généraux, administration, buanderie, séchage — car, naturellement le linge des malades est entièrement blanchi à la Rabta — désinfection, bains, laboratoire, morgue, enfin logements du personnel.

Le laboratoire est installé de façon suffisamment complète pour les examens journaliers. Pour les cultures particulièrement délicates, on a recours aux laboratoires de l'Institut Pasteur de Tunis dont l'accès est facile, grâce à l'amabilité de son directeur, M. le Dr Nicolle.

Le service de désinfection a été installé avec un soin tout particulier : le malade admis au lazaret, où l'a amené une voiture d'ambulance spéciale, est conduit d'abord au pavillon de désinfection. On lui enlève ses vêtements, on le baigne et on lui donne le linge qu'il portera pendant son séjour. Les vêtements qu'il a quittés sont passés aussitôt à l'étuve à vapeur. Les objets qui seraient détériorés par l'étuve sont placés dans une vaste fosse où ils seront soumis pendant 24 heures à l'action du Lysol.

La protection mécanique contre les insectes, mouches et moustiques, dont les plus récents travaux ont montré le rôle dans la dissémination de maladies telles que le paludisme, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, le choléra, la dysenterie, le typhus exanthématique, la fièvre récurrente, etc., est réalisée par l'emploi de treillages métalliques serrés aux fenêtres et de tambours grillagés aux portes.

Un vaste terrain, complètement clos, entoure et isole le lazaret

d'une façon absolue. De plus, chaque pavillon est lui-même entouré d'un petit jardin, et ne peut avoir de communication avec les pavillons voisins. Bien entendu, l'acccès du lazaret est rigoureusement interdit, et l'on ne peut entrer qu'avec une autorisation écrite du directeur.

Le lazaret de la Rabta possède donc actuellement une installation en tous points comparable à celle des hôpitaux modernes ; on y peut recevoir des malades de toute nationalité, atteints de n'importe quelle affection contagieuse. Il est vrai que, par les soins du Bureau d'Hygiène de Tunis et de la Santé Maritime, et à mesure que les médecins français pénètrent de plus en plus dans la population indigène, les épidémies seront de moins et moins fréquentes, à Tunis.

VII. - L'AVENIR DE L'HOPITAL SADIKI

Service d'Ophtalmologie. — Salle d'Examen

VII. — L'Avenir de l'Hôpital Sadiki

Après avoir montré les immenses améliorations qui ont fait de l'hôpital Sadiki le premier de la Tunisie, au point de vue chirurgical, il nous reste à étudier ce qui, à notre sens, devra être encore réalisé pour parfaire l'œuvre entreprise.

D'abord, la construction de nouveaux bâtiments s'impose, le nombre des lits étant notoirement insuffisant ; le cadre des anciens locaux, dont on a utilisé jusqu'aux moindres recoins, est devenu trop étroit par le nombre toujours croissant des malades qui demandent leur admission. Les services généraux de chirurgie et de médecine s'étendront, et des services de spécialités devront être créés. Au service d'ophtalmologie, dont la réorganisation par M. le Dr Blutel est récente, devra correspondre un service d'oto-rhino-laryngologie, avec un chef de service spécialiste.

Il serait également très à souhaiter de voir installer un service de chirurgie infantile et d'orthopédie, destiné surtout au traitement des tuberculoses externes, avec installations modernes d'héliothérapie. Plus tard, la création d'une annexe au bord de la mer permettrait de faire suivre le traitement marin aux malades qui en seraient justiciables.

Le Service de radiographie devra être agrandi et pourvu du matériel nécessaire à la radiothérapie. Un même chef de labora-

toire pourrait diriger la radiographie et le laboratoire de bactériologie et histologie pathologique, dont M. le Dr Broc, très pris par les soins de son service et les nécessités de clientèle, ne peut assurer la direction de façon définitive.

Enfin, et c'est là à notre avis que devront porter les premiers efforts, il est d'une extrême importance de créer une maternité, avec école de sages-femmes et infirmières indigènes.

On n'a pas idée des procédés obstétricaux en usage dans la population indigène de Tunisie. Dans les villes, quand un accouchement se prépare, on fait venir une matrone ou simplement une femme âgée et plus ou moins expérimentée. Celle-ci procure une chaise obstétricale à siège échancrée, analogue aux chaises en usage en France vers le XVIIe siècle pour la même fin. Aux premières douleurs, la parturiente prend place sur cette chaise (كرسي), les cuisses très écartees. La matrone est assise par terre, les jambes croisées, devant la femme. Une aide, placée derrière, étreint de ses bras la patiente, et exerce de ses deux mains croisées une compression continue et lente sur le fond de l'utérus. La matrone se borne à étendre les mains pour recevoir l'enfant lors de l'expulsion, au-dessus d'un bassin dans lequel on a placé six œufs intacts et une certaine quantité de graines de cumin, pour conjurer le mauvais œil. L'assistance récite quelques *sourates* du Coran, et la parturiente elle-même invoque le Prophète : Ia raçoul Allah ! (يا رسول الله), sans discontinuer, en rythmant ses invocations sur les contractions utérines.

Si le travail se fait mal, interviennent des procédés de plus en plus bizarres : on feuillette un livre de prières au-dessus de la tête de la femme; on lui passe autour du cou un chapelet de Sidi ben Arous; on lui attache sur la cuisse, au moyen d'une ficelle, un papier sur lequel un marabout a tracé quelques paroles soit-disant magiques; on la fait souffler dans une bouteille vide où on provoque des nausées et des vomissements en lui introduisant dans le pharynx une mèche de cheveux, procédé parfois efficace grâce aux efforts qui déterminent l'expulsion du fœtus. Enfin, si tous ces moyens ont échoué, il ne reste plus, suprême ressource, qu'à

faire boire à la femme de l'eau dans laquelle son mari n'est lavé le gros orteil droit.

Quant à la délivrance, on l'opère au moyen de solides tractions sur le cordon, quand celui-ci veut bien résister. S'il se rompt, on se décide parfois alors à faire venir une sage-femme ou un médecin.

« Dans les campagnes, les choses se passent d'une façon plus barbare.

Certaines femmes des *gourbis* accouchent debout ; d'autres au contraire accouchent couchées sur des nattes ; d'autres enfin accouchent accroupies comme des animaux, en reposant la région fessière sur le bord d'un bât.....

Pour faciliter la sortie du fœtus, la patiente est suspendue par les bras aux bâtons de la tente, pendant que la matrone, choisie parmi les plus vieilles femmes du *douar*, lui comprime l'abdomen en s'attachant à un *haïk* passé autour de la taille de la patiente. Quelquefois, une planche est placée sur le ventre de la malheureuse, et sur celle-ci montent des nègres ; ils croient ainsi activer la sortie du fœtus.

Enfin, lorsque l'enfant ne vient pas, comme elles disent, et dans ce cas, il s'agit probablement le plus souvent d'une présentation vicieuse, la malheureuse femme est roulée par terre dans tous les sens. On la pend par les pieds et la matrone lui malaxe l'utérus et cherche à provoquer des vomissements, soit en brûlant des poils de chameau près de la tête de la patiente, soit en lui faisant respirer les odeurs les plus nauséabondes. » (Dr Bou-Hageb).

Inutile de dire que souvent ces manœuvres amènent la mort de la mère et de l'enfant. Souvent aussi, la mère reste affreusement mutilée, et nous avons vu nombre de femmes présentant des déchirures complètes du périnée, d'énormes fistules vésico-vaginales, qui eussent été évitées si l'accouchement eût été surveillé.

Quant à l'enfant, s'il naît vivant, on lui lie le cordon et on le coupe avec un petit couteau n'ayant jamais servi, puis on panse l'ombilic avec un mélange d'alun, de henné et de sel. Après une toilette sommaire, on habille l'enfant et on le serre étroitement, de la tête aux pieds, au moyen de bandelettes de toile. Enfin, pour lui donner une voix sonore et harmonieuse, la matrone lui intro-

duit jusque dans le pharynx un mélange de beurre fondu et salé (سمن) et du miel.

Mais comment recruter des élèves sages-femmes? Cela sera probablement malaisé au début ; pourtant, il est actuellement à Tunis des jeunes musulmanes de 15 à 16 ans qui suivent les écoles franco-arabes, parlent et écrivent le français, ont une instruction primaire suffisante. C'est parmi elles, nous semble-t-il, que pourraient se recruter les élèves. D'ailleurs, pour commencer, deux ou trois suffiraient. On pourrait également prendre comme élèves quelques matrones ayant une certaine expérience et désireuses de s'instruire ; on s'efforcerait de leur inculquer, non les principes de l'art des accouchements, mais les simples notions élémentaires de propreté obstétricale, et leur apprendre au moins ce qu'il importe d'éviter.

Mais les femmes arabes viendraient-elles accoucher à la Maternité ? Nous basant sur les résultats obtenus à l'hôpital Sadiki dans le Service des femmes, nous ne craignons pas de répondre : oui.

Non pas tout de suite en grand nombre, c'est entendu ; mais peu à peu, en les attirant au moyen d'une consultation de nourrissons, de dons de vêtements pour les enfants.

A Madagascar, une Maternité indigène a été créée, à Tananarive, par M. le Dr Vilette, médecin des troupes coloniales. En 1901, il y fut fait 225 accouchements, 383 en 1902, 557 en 1903.

Au Maroc, on vient de fonder des Maternités indigènes, sous le patronage de Mme la Générale Lyautey, et il semble que les femmes indigènes y viennent sans répugnance. Pareils succès peuvent être obtenus en Tunisie, avec du temps, beaucoup de patience et de dévouement.

La Maternité serait annexée administrativement à l'Hôpital Sadiki, mais située en dehors de lui, comme la Rabta. Le personnel y serait exclusivement féminin, à l'exception du chef de service ; il comprendrait une interne ou une sage-femme française, quelques infirmières françaises, les élèves sages-femmes et les élèves-infirmières indigènes, plus quelques femmes de service, également indigènes. Ultérieurement, les infirmières pourraient être toutes indigènes.

A mesure que les élèves sages-femmes deviendraient aptes à

pratiquer, c'est à-dire après au moins trois ans d'études théoriques et surtout pratiques, elles seraient, après examen, mises à la disposition des médecins de colonisation.

D'ailleurs, pendant les premières années, pour habituer les femmes arabes à recevoir les soins de l'accoucheur de la Maternité et de son personnel, les indigentes désirant accoucher chez elles feraient demander la sage-femme de la Maternité. Celle-ci se rendrait chez la femme avec deux élèves, et ferait l'accouchement ou préviendrait le chef de service si quelque intervention était nécessaire. Quelque chose d'analogue s'est fait, parait-il, en Algérie.

Sous quelque forme que ce soit, nous espérons voir bientôt réalisée, à Tunis, cette Maternité-Ecole de sages-femmes indigènes dont le besoin se fait si impérieusement sentir. Quelques succès, au début, suffiraient à en établir rapidement la renommée, et nous espérons que la classe musulmane influente, comprenant la haute portée morale de cette institution et la grande influence qu'elle peut avoir sur l'avenir de la race ne lui ménagerait pas son appui.

VIII. - STATISTIQUE OPÉRATOIRE DE L'HOPITAL SADIKI

DE 1903 A 1913

Une Opération d'urgence

VIII. — Statistique opératoire de l'Hôpital Sadiki de 1903 à 1913

Nombre d'admissions de malades, par année :

1903	2378
1904	2134
1905	2162
1906	2264
1907	2608
1908	2557
1909	3182
1910	2921
1911	2756
1912	2595
1913	2736

Statistique annuelle, des consultations et des opérations, depuis 1905 :

Années	Consultations	Opérations
1905	31.911	1.125
1906	33.176	1.190

Années	Consultations	Opérations
1907	35.499	873
1908	36.569	1.266
1909	46.087	1.178
1910	24.584	1.482
1911	20.542	1.047
1912	32.390	1.135
1913	39.905	1.445

Statistique opératoire 1903-1913
Bouche - Pharynx - Glandes salivaires

	Nombre d'opérations	Morts
Grenouillette sub-linguale	17	»
— sus-hyoïdienne	5	»
Kyste hydatique de la parotide	1	»
— — sous-maxillaire	1	»
Fibrome de la gl. sous-maxillaire	1	»
Epulis	11	»
Enchondrome de la parotide	1	»
— sous-maxillaire	1	»
Cancer de la parotide	2	»
Calcul salivaire (cl. de Wharton)	2	»
Kyste sous-muqueux de la lèvre	1	»
Angiome de la lèvre	1	»
Staphylorraphie	2	»
Uranoplastie	2	»
Amygdalotomie	11	»
Végétations adénoïdes	9	»
Tumeur de la voûte palatine	1	»
Adéno-sarcome de la gl. sous-maxillaire	1	»

Œsophage - Estomac

Corps étrangers de l'œsophage	4	»
Gastro-Entéro-Anastomose	70	6
Section d'adhérences périgastriques	18	»
Gastrostomie	2	»
Gastrotomie exploratrice	1	»
Laparatomie exploratrice pour tumeur stomacale	2	»
Perforation de l'estomac par coup de couteau	1	»

Intestin

Occlusion intestinale	12	5
Appendicectomie	27	»
Perforation intestinale	15	7
Tuberculose iléo-cœcale	4	»
Cure radicale d'anus iliaque	9	2
Colopexie iliaque	1	»
Sarcome iléo-cœcal	1	»
Contusion abdom. avec déchirure du duodénum	1	1
Cancer du côlon transverse	2	»

Rectum - Anus

Hémorroïdes	294	»
Fistule anale	289	»
Prolapsus rectal	19	1
Rétrécissement congénital de l'anus	1	»
Imperforation anale	3	»
Imperforation anale avec fistule recto-vaginale	1	»
Fibro-lipome de la région anale	2	»

Foie et voies biliaires

Kyste hydatique du foie	32	3
— — suppuré du foie	12	5
— — du foie ouvert de la plèvre	1	1
Abcès du foie	7	1
Laparatomie explor. par tumeur du foie	8	»
Cholécystostomie	9	1
Péricholécystite	2	»
Cholécystectomie	1	»
Hépatopexie	1	»
Rupture du foie	1	1
Plaie du foie et de la vésicule biliaire	2	1

Rate

Kyste hydatique de la rate	5	»
— — suppuré de la rate	1	»
Ectopie splénique. Splénectomie	2	»
Laparatomie exploratrice pour splénomégalie	3	»

Péritoine

Plaie pénétrante de l'abdomen (couteau)	26	5
— — — avec hémopéritoine	3	»
— — — par coup de corne	7	3
Contusion grave de l'abdomen	4	»
Péritonite généralisée	5	5
— enkystée	6	2
— tuberculeuse	41	3
Laparatomie exploratrice	6	»
Carcinose généralisée du péritoine	4	1

Corps étranger de l'abdomen	1	»
Sarcome abdominal	3	»
Abcès sous-phrénique	2	»
Kyste hématique du mésocôlon	1	»
— hydatique du mésocôlon transverse	2	»
— — du Douglas	3	1
— — de l'arrière-cavité	3	»
— — de la fosse iliaque	1	»
— — du grand épiploon	2	»
Epiploïte suppurée	1	»
Opération de Talma	8	»
Psoïtis	4	»

Crâne — Encéphale

Fracture du crâne. Trépanation	40	9
Ostéïte tuberculeuse de l'os frontal	2	»
Sarcome des os du crâne	1	»
Trépanation pour troubles mentaux avec agitation	1	»
— décompressive pour épilepsie	2	»
Extraction d'un projectile intra-cérébral	1	»
Abcès du cerveau	2	»
Sarcome des méninges	2	»
Ostéomyélite de l'os frontal	1	»

Face

Autoplastie de la face	14	»
— de la paupière supérieure	3	»
Cheiloplastie	17	»
Rhinoplastie	15	»
Bec de lièvre	30	»

Angom	9	»
Ostéïte tuberculeuse de l'os malaire	8	»
Epithélioma de la lèvre	4	»
Sarcome de la joue	1	»
Kyste dermoïde du nez	1	»
— de la lèvre	2	»
— du sourcil	24	»
Fibromes multiples de la face	4	»
Kyste hématique du masséter	1	»
Ankylose temporo-maxillaire	12	»
Sarcome du maxillaire supérieur	3	»
Kyste —	1	»
Ostéomyélite —	5	»
Tuberculose du maxillaire supérieur	10	»
Ostéomyélite du maxillaire inférieur	30	»
Fistule dentaire —	8	»
Kyste hydatique suppuré du maxillaire inférieur	2	»
Fracture du maxillaire inférieur	6	»
Enchondrome de la joue	1	»
Décortication du nez pour acné hypertrophique	1	»

Cou

Goître	22	1
Adénite cervicale. Ablation	177	»
Kyste sébacé du corps thyroïde	1	»
— congénital du cou	2	»
— mucoïde sus-hyoïdien	1	»
Cancer du corps thyroïde	2	»
Kyste dermoïde de l'os hyoïde	2	»
— du corps thyroïde	2	»
— hydatique suppuré du cou	1	»
— hématique du cou	1	»
Sarcome du cou	4	»

Ostéïte tuberculeuse de l'os hyoïde	8	»
Fibrome du cou	1	»
Extraction de projectile de la région cervicale	2	»
Enchondrome du cou	1	»
Volumineux lipome du cou (5 kgs 500 gr.)	1	»
Trachéotomie	15	3

Thorax — Plèvre et Poumon

Thoracotomie pour pleurésie purulente	40	9
— pour tumeur intra-thoracique	1	»
— pour coups de feu de thorax	5	»
— pour plaie pénétrante de la plèvre	3	»
Thoracotomie pour plaie pénétrante de la plèvre et du péricarde	1	1
Thoracotomie double pour pneumothorax traumatique bilatéral	1	»
Thoracoplastie	8	»
Autoplastie du thorax pour cicatrices vicieuses	7	»
Résection partielle du sternum pour sarcome	2	»
— — pour tuberculose	17	»
Tuberculose costale	65	»
Plaie du poumon	3	1
Pneumectomie pour gangrène pulmonaire	1	1
Amputation du sein pour cancer	15	1

Dos

Sarcome du dos	3	»
Fibro lipome volumineux	1	»
Kyste hydatique du grand dorsal	1	»
— — de la région dorso-lombaire	1	»
— dermoïde du dos	1	1

Epithélioma du dos	1	»
Extraction de projectiles de la région dorso-lombaire.	3	»

Rachis et Moëlle

Laminectomie	7	1
Sarcome du rachis	1	»
Ostéomyélite des vertèbres lombaires	1	»
Ostéïte tuberculeuse du sacrum	8	»
— des vertèbres lombaires	1	»
— du coccyx	1	»
Spina bifida	3	»

Paroi abdominale — Hernies

Hernie inguinale. Cure radicale	579	1
— — étranglée. Kélotomie	60	14
— — avec épiplocèle suppurée	1	1
— crurale. Cure radicale	3	»
— — étranglée	2	»
— ombilicale. Cure radicale	13	»
— — étranglée	7	1
— épigastrique	57	»
— de la ligne blanche	1	»
— inguinale avec fistule stercorale	1	»
— étranglée du cœcum	2	»
— du cœcum	2	»
— de la vessie	1	»
— de l'appendice	1	»
Eventration. Cure radicale	13	»
Cancer de l'ombilic	1	»

Epithélioma en surface de la peau de l'abdomen....	1	»
Phlegmon de la paroi abdominale.....	9	»

Membre supérieur

Amputation du bras	29	1
— de l'avant-bras	29	»
Adénite axillaire. Ablation.....	26	»
Désarticulation inter-scapulo-thoracique	1	»
— de l'épaule.....	2	»
Résection de l'épaule.....	11	»
— du coude.....	18	»
Ostéomyélite de l'humérus.....	14	1
Ostéosarcome de l'humérus.....	3	1
Ostéïte tuberculeuse de l'humérus	2	»
Suture de l'humérus.....	2	»
Arthrotomie de l'épaule.....	1	»
Sarcome de l'epaule.....	1	»
Ostomyélite de l'omoplate.....	2	»
Ostéïte tuberculeuse de l'omoplate.....	1	»
Ostéomyélite du cubitus.....	2	»
Ostéïte tuberculeuse du cubitus.....	2	»
Ostéomyélite du radius	9	»
Ostéïte tuberculeuse du radius	5	»
Exostose du radius.....	1	»
Arthrotomie du coude.....	11	»
Sarcome du coude.....	1	»
— de l'avant-bras.....	1	»
Kyste synovial du poignet.....	10	»
Autoplastie de l'aisselle.....	3	»
Lymphosarcome de l'aisselle.....	4	»
Autoplastie du coude.....	1	»
Tuberculose du coude. Opération conservatrice.....	14	»
Volumineux lipome deltoïdien (3 kgs 500).....	1	»

Corps étranger du poignet	2	»
Autoplastie de la paume de la main	1	»
Sarcome des doigts	5	»
Extraction de projectile de la main	1	»

Membre inférieur

Amputation de cuisse	48	7
— de jambe	90	6
Désarticulation du genou	2	»
Opération de Ricard	5	»
— de Syme	1	»
Ostéotomie sous-trochantérienne p^r ankylose vicieuse.	2	»
— coxo-fémorale	1	»
Ostéome du fémur	1	»
Ostéomyélite de l'ischion	1	»
— du pubis	1	»
— de la crête iliaque	1	»
— du fémur	63	4
— du tibia	79	3
— du péroné	5	»
— du calcanéum	7	»
Ostéomyélite de l'astragale	1	»
— du tarse	3	»
Ostéïté tuberculeuse de la crête iliaque	12	»
— — du fémur	9	»
— — tibia	16	»
— — péroné	5	»
— — calcaneum	9	»
— — de l'astragale	2	»
— — du tarse	1	»
Tuberculose du genou	16	»
— du pied	57	»

Arthrotomie de la hanche	1	»
— du genou	37	»
— tibio-tarsienne	1	»
Résection de la hanche	1	»
— du genou	21	»
Astragalectomie	2	»
Fracture de la rotule	9	»
Corps étrangers du genou	7	»
Sarcome de la crête iliaque	2	»
Sarcome primitif des ganglions du triangle de Scarpa	1	»
Sarcome de la cuisse	4	»
— des fessiers	2	»
— du creux poplité	1	»
— du talon	1	»
— du pied	2	»
— des orteils	2	»
Kyste dermoïdes de la région fessière	2	»
Hygroma des bourses séreuses ischiatiques	1	»
Adénité inguinale - Ablation	9	»
Greffes de Thiersch	11	»
Autoplastie de la région inguinale	1	»
— du creux poplité	2	»
— du pied	2	»
Elephantiasis de la jambe	2	»
Pied bot	8	»
Genu valgum	2	»
Kyste du creux poplité	1	»
— synovial du cou de pied	1	»
Fibromes rétro-trochantériens symétriques	1	»
Coups de feu du bassin	2	»
Exostose de la plante,	2	»
Extraction de projectiles de la jambe	4	»

Appareil urinaire

Néphrectomie pour cancer	2	1
Décortication du rein	1	»
Kyste hématique du rein	1	»
Néphrolithotomie	2	»
Néphropexie d'un rein unique ectopique	1	»
Néphrectomie pr. kyste hydatique du rein	2	»
Plaie du rein-suture	1	»
Néphropexie	1	»
Hydronéphose avec ectopie rénale	1	»
Pyonéphose	2	»
Abcès périnéphrétique	6	»
Uro-hémato-néphrose	1	»
Extrophie vésicale	1	»
Taille hypogastrique pour calculs	183	22
— périnéale pour calculs	3	»
Cure radicale de fistule vésico-hypogastrique	3	»
Lithotomie	1	»
Taille pr. malformation vésicale (vessie en bissac)	1	»
Calculs de l'urètre	13	»
Fistule périnéale - Périnectomie	27	»
Urètrotomie interne pour rétrécissements	267	3
— externe p. rupture traumatique de l'urètre	325	»
Infiltration d'urine	74	4
Eclatement de la vessie	1	1

Appareil génital de l'homme

Castration pour sarcome	10	»
— pour tuberculose	28	»

Epididymectomie	2	»
Opération conservatrice pour tuberculose génitale	13	»
Prostatectomie	30	1 hémorragie 2 au bout de plusieurs semaines, par infection rénale
Abcès de la prostate	2	»
Vaginalité suppurée	1	»
Hydrocèle vaginale	93	»
Hématocèle vaginale	6	»
Kyste du cordon	9	»
— hématique du cordon	2	»
Tumeur du cordon	2	»
Kyste ossifié du cordon	1	»
Ectopie testiculaire - Orchidopexie	9	»
Varicocèle	20	»
Elephantiasis du scrotum	8	»
Lipome du muscle bulbo-caverneux	1	»
Amputation totale de la verge pr. cancer	1	»
Autoplastie pour émasculation totale volontaire	1	»
Circoncision	19	»
Paraphimosis	2	»

Appareil génital de la femme - Obstétrique

Hystérectomie abdominale totale	5	»
— — subtotale pour fibrome	25	1
— — — annexite	13	»
— — — grossesse tubaire	3	»
— — — kyste de l'ovaire	3	»
Hystérectomie abdominale pour inversion utérine post partum	1	»
Kyste de l'ovaire - Ablation	10	1
Ablation unilatérale des annexes	7	»

Hystérectomie pour sarcome du corps de l'utérus	1	»
Hystérectomie pour kystes hydatiques de la trompe gauche et de l'ovaire droit	1	»
Kyste hydatique de l'utérus	1	»
— — de la trompe	2	»
— — du ligament large	1	»
Phlegmon du ligament large	2	»
Kyste dermoïde de l'ovaire	4	»
Laparotomie pour pelvipéritonite	1	»
Laparotomie exploratrice pour papillome végétant des ovaires	1	»
Laparotomie pour rupture de l'utérus gravide	1	«
Kyste du canal de Nück	1	»
Polype utérin	2	»
— du col	2	»
Hystéropexie abdominale (procédé de Doléris)	10	»
Colpo-périnéorraphie	13	»
Curettage	27	»
Fistule vésico-vaginale	9	»
— recto-vaginale	1	»
Colpotomie	5	»
Fibrome de la grande lèvre	1	»
Eléphantiasis des grandes lèvres	3	»
Cancer de la grande lèvre	1	»
Imperforation de l'hymen	2	»
Kyste du vagin	1	»
Amputation du col	3	»
Stomatoplastie	1	»
Rupture du vagin par coup de corne	1	1
Corps étranger du vagin	1	»
Fibrome du col	1	»
Cancer du col	4	»
Autoplastie de la vulve	1	»
Basiotripsie	7	3
Embyotomie	1	1
Syphmyséotomie	1	»

Application de forceps	5	»
Version par manœuvres internes	6	»
Placenta praevia	2	»

Vaisseaux

Ligature de l'hypogastrique pour anévrysme de l'art. fessière	1	»
Anévrysme de la tibiale postérieure	1	»
Anévrysme artério-veineux	1	»
Ligature de l'axillaire pour plaie de l'aisselle	1	»
Laparotomie exploratrice pour anévrysme aortique au niveau de l'origine du tronc cœliaque	1	»

Oto-rhino-laryngologie

Evidement pétro-mastoïdien	12	»
Trépanation de la mastoïde	17	»
Polype naso-pharyngien	10	5
Sinusite maxillaire	6	»
Autoplastie de l'oreille	3	»
Imperforation nasale	1	»
Corps étranger du larynx	1	»

Ophtalmologie

Trichiasis	756	»
Enucléation de l'œil	51	»
Evidement de l'orbite pour phlegmon	2	»
Phlegmon de l'orbite - Incision	3	1
Sarcome de l'orbite - Evidement	2	»

Kyste hydatique de l'orbite	2	»
Cataracte	47	»
Iridectomie	56	»
Ptérygion	32	»
Chalazion	25	»
Dacryocystite	36	»
Canthoplastie	79	»

Nous n'avons fait entrer dans cette statistique que les opérations les plus intéressantes ou les plus fréquemment pratiquées. En effet, le total des cas ci-dessus dénombrés atteint à peine 5.500, alors que, dans la période de temps envisagé, il a été pratiqué à l'hôpital Sadiki 10.650 interventions.

Nous n'avons pu indiquer dans notre statistique que les cas de mort ayant suivi de près l'intervention. Il est très probable que des malades ayant subi certaines opérations palliatives, pour cancer par exemple, et étant sortis de l'hôpital, guéris opératoirement, n'ont bénéficié que d'une survie plus ou moins longue. L'éloignement de ces opérés rentrés dans leur pays d'origine : Tunisie, Algérie, Maroc, Tripolitaine ; la vie nomade de beaucoup d'entre eux, rendent tout à fait impossible une vérification plus exacte.

Ce qui est certain, toutefois, c'est que la plupart de nos malades se trouvent soulagés par notre intervention, car ils nous envoient à leur tour de leurs compatriotes. C'est ainsi que nous voyons arriver de temps à autre de véritables petites caravanes venant du sud-algerien (Beni-Mzab), du Fezzan, de Ghadamès, et composées de malades envoyés par de nos anciens opérés.

Cette façon de témoigner leur confiance et leur reconnaissance montre combien les indigènes comprennent et apprécient l'œuvre des médecins français de Sadiki, œuvre qu'ils doivent au Gouvernement du Protectorat. Et c'est peut-être là un des plus sûrs gages de leur fidélité dans l'avenir.

Une Salle de Pansements

IX. — CONCLUSIONS

IX. — Conclusions

I. — L'indigène musulman est tout disposé à recevoir nos soins, sous les réserves qu'on les lui offre dans un cadre qui lui soit familier — maison ou palais arabe — avec un personnel arabe, conditions qui sont réalisées à l'hôpital Sadiki, qui est le type de l'hôpital chirurgical moderne adapté à la pratique coloniale.

II. — Les arabes se soumettent volontiers à une opération chirurgicale, sans avoir la patience d'attendre les résultats d'une thérapeutique médicale de durée un peu longue.

C'est par la chirurgie que le médecin français pénétrera dans les populations indigènes et s'opposera avec succès à ses concurrents étrangers.

III. — Il est nécessaire, dans le « bled », que le praticien français soit assisté d'un aide-interprète, en fait l'auxiliaire médical.

Ces conditions sont d'ailleurs partiellement remplies en Tunisie et seront complètement réalisées dans un avenir très prochain.

IV. — Il est à souhaiter que de pareilles innovations et de sem-

blables réformes soient faites pour l'art obstétrical où, à l'exception de quelques lits réservés à l'hôpital Sadiki, tout est à créer.

V. — Souhaitons enfin que le Gouvernement prenne des mesures efficaces pour enrayer les progrès de l'alcoolisme qui, « faisant largement le lit à la tuberculose », dépeuplera si l'on n'y prend garde, la Tunisie de ses travailleurs indigènes.

تونس ٩ ربيع الاول سنة ١٣٣٢

BIBLIOGRAPHIE

ASTRUC (Dr E. J.). — *Les pratiques révulsives chez les musulmans de l'Afrique du Nord.* (Th. Toulouse, 1912).

BOU HAGEB (Dr H.). — *Accouchement et avortement en Tunisie.* (Th. Bordeaux, 1901).

BROC (Dr René). — *Essai sur le langage médical populaire tunisien.* (Tunisie Médicale 1912, Nos 1, 2 et 3).

BRUNSWIC-LE BIHAN (Dr). — *Communications diverses au Congrès de Chirurgie 1904, 1905, 1907, 1908, 1909, 1912.*

— *L'Assistance médicale des indigènes de Tunisie et les auxiliaires médicaux.* (Communication faite au Congrès de Géographie de 1904).

— *L'Hôpital Sadiki et l'Assistance médicale indigène en Tunisie.* (Presse Médicale, 17 Juin 1905, page 377).

— *La Tuberculose chez les arabes.* (Congrès international de la Tuberculose, Paris 1905).

— *Projet d'organisation de l'Assistance médicale en Tunisie* (Rapport présenté a la Commission de réorganisation de l'Assistance publique, au nom de la Sous-Commission, Tunis 1906).

— *Simples propos.* (Dépêche Tunisienne, 2 décembre 1913).

COMTE (Dr Ch.) — *Les auxiliaires médicaux et les district-nurses.* (Th. Paris, 1904).

COUDRAY (Jean). — *L'Hôpital Sadiki, (10 illustr.)*, (Tunisie Illustrée 1913, N° 77).

EBERHARDT (Isabelle) et BARRUCAND (Victor). — *Dans l'ombre chaude de l'Islam.* (Paris, E. Fasquelle).

GIRARD (Dr R.). — *Le Cancer en Tunisie.* (Th Lyon, 1912).

GOMMA (Dr François). — *L'Assistance médicale en Tunisie. — Essai sur l'Histoire de la Médecine et de l'Hygiène publique dans la Régence.* (Th. Bordeaux, 1904.)

HARRY (Myriam). — *Tunis la Blanche.* (Paris, A. Fayard).

MACHUEL (L.). — *Les Auteurs arabes. (Pages choisies des grands éérivains).* Paris, Armand Collin.

MAUPASSANT (G. de). — *La Vie Errante. — Tunis.* (L. Conard, Paris, 1909).

WIEHN (Dr Gaston). — *Le Service médical dans le bled et les Internes français des Hôpitaux de Tunisie.* (Th. Bordeaux, 1904).

Procès-verbaux de la Conférence Consultative, 32e Session. (Novembre 1908). Tunis, 1908.

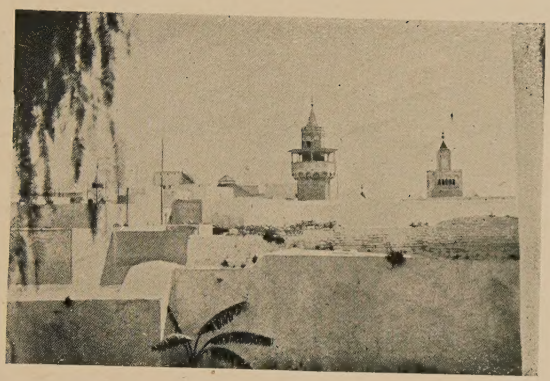
Serment

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hppocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 29 mai 1914.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 28 mai 1914.
Le Doyen,
MAIRET.



Les Terrasses de l'Hôpital

Photo S. Mesureur — Cliché de « L'Hygiene »